



TYÖIKÄISTEN ASTMAA SAIRASTAVIEN KOKEMUKSIA POTILASOHJAUksesta

Opinnäytetyö

**Päivi Kröger
Ida-Maria Malmberg
Fatima Moursad**

**Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitotyö**

Hyväksytty _____._____._____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Terveystieteiden koulutusohjelma	
Työn tekijä(t): Päivi Kröger, Ida-Maria Malmberg, Fatima Moursad	
Työn nimi: Työikäisten astmaa sairastavien kokemuksia potilasohjauksesta	
Päiväys: 22.3.2010	Sivumäärä / liitteet: 56/2
Ohjaajat: Yliopettaja Pirkko Jokinen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion Seudun Hengityssäätiö ry.	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Astma on verenpainetaudin jälkeen yleisin sairaus Kelan erityiskorvauksiin oikeutettujen sairauksien rekisterissä. Astmaa sairastaa noin 6–8 % väestöstä, ja lisäksi ajoittaisista astman kaltaisista oireista kärsii noin 5–10 % Suomen väestöstä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työikäisten astmaa sairastavien tämän hetkinen potilasohjauksen taso ja sisältö heidän näkökulmastaan. Tavoitteena oli, että saatujen tuloksien avulla potilasohjausta voidaan kehittää astmaa sairastavien tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksen lähtökohtana oli Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018, jonka aikana potilasohjauksen tulisi muokkaantua paremmin potilaiden tarpeita vastaavaksi ja terveyttä tukevaksi</p> <p>Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla kesä-heinäkuun aikana vuonna 2009. Tutkimukseen osallistui 186 18–64-vuotiaasta Kuopion Seudun Hengitysyhdistyksen jäsenrekisterissä olevaa astmaa sairastavaa. Vastausprosentti tutkimuksessa oli 50.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella astmaa sairastavat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa potilasohjaukseen. Kuitenkin puutteita ilmeni astman lääkehoidon ja painonhallinnan merkityksen ohjaamisessa. Lääkehoidon, varsinkin pahenemisvaiheiden hoidon, ohjausta tulisi parantaa. Lisäksi ilmeni, että ohjaustilanteessa astmaa sairastavat kaipaivat enemmän aikaa ja rohkaisua ohjauksen antajalta.</p> <p>Tulevaisuudessa astmapotilaiden ohjauksessa tulisi kehittää lääkärin, sairaanhoitajien ja apteekkien välistä yhteistyötä sekä työnjakoa, jotta lääkehoidosta saatu ohjaus olisi laadukasta. Lisäksi ohjauksen tukemiseksi ja omahoidon onnistumiseksi tulisi kirjalliset astman hoito-ohjeet jakaa jokaiselle astmaa sairastavalle.</p> <p>Kuopion Seudun Hengityssäätiö ry voi hyödyntää saatuja tuloksia järjestämissään koulutuksissa ja yleisötilaisuuksissa sekä laatimissaan ohjelehtisissä ja kansalaistiedotteissa.</p>	
Avainsanat: (1-5) astma, potilasohjaus, astmaohjaus, työikäinen	
Julkinen <u> x </u>	Salainen <u> </u>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Degree program in Nursing	
Option: Registered Public Health Nurse	
Authors: Päivi Kröger, Ida-Maria Malmberg, Fatima Moursad	
Title of Thesis: Patient education experiences of working aged asthma patients	
Date: 22.3.2010	Pages / appendices: 56/2
Supervisor: Principal lecturer Pirkko Jokinen	
Contact persons: Kuopio Region Breathing Foundation	
<p>After hypertension asthma is the most common disease in Kela's special reimbursed disease register. About 6–8 % of the population have asthma and also 5–10 % of Finnish people suffer from similar occasional symptoms.</p> <p>The purpose of this study was to find out the level and content of present patient education from working aged asthma patients point of view. The objective was that patient education can be developed with the study results more corresponding to asthma patients. The theoretical base of the study was National Allergy Program 2008–2018. During the program patient education should improve more corresponding to the patients' needs and also more health supporting.</p> <p>The study was a quantitative survey. The data was collected with a specifically designed half-structured questionnaire during June and July in 2009. The target group consisted of 186 asthma patients who were members of Kuopio region Breathing Association. Their age varied between 18 and 64 years. The answer percentage was 50.</p> <p>According to the study results, asthma patients were mainly satisfied with their patient education. Although there were lacks of information in asthma's medical care and meaning of weight control. Especially they needed more information on recognition of worsening asthma and its treatment. Asthma patients also needed more time and encouragement in the counselling situation.</p> <p>In the future cooperation and division of labour between doctors, nurses and pharmacy in asthma counselling should be developed so that the education of asthma medical care would be of a good quality. Also written asthma care instructions should be given to every asthma patient to support counselling and self treatment.</p> <p>Kuopio region Breathing Foundation can use these results in courses and public events that they arrange. They can also make instructions and civil reports by using the study results.</p>	
(1-5) asthma, patient education, asthma counselling, work aged	
Public <u> x </u>	Secure <u> </u>

SISÄLTÖ

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	ASTMA.....	9
3	ASTMAA SAIRASTAVAN OHJAUS.....	12
3.1	Potilasohjaus	12
3.2	Astmaohjaus	15
3.3	Astmaa ärsyttävät tekijät.....	16
3.4	Liikunta ja painonhallinta	18
3.5	Astman lääkehoito	19
3.5.1	Anti-inflammatoriset lääkkeet	20
3.5.2	Avaava lääke.....	21
3.5.3	Yhdistelmävalmisteet.....	22
3.6	Lääkkeenottovälineet ja -tekniikka	22
3.7	PEF-seuranta ja oirepäiväkirja.....	23
4	TUTKIMUSONGELMAT	24
5	TUTKIMUSMENETELMÄ	25
5.1	Tutkimusmenetelmän ja aineistonkeruun kuvaus	25
5.2	Mittari ja sen laatiminen	26
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi	27
5.4	Tutkimuksen eettisyys	29
6	TULOKSET	30
6.1	Kohderyhmän kuvaus	30
6.2	Potilasohjauksen sisältö	31
6.3	Astmaa sairastavien toiveita lisäohjauksesta.....	33
6.4	Astman sairastamisajan vaikutus ohjauksen sisältöön	35
6.5	Ohjaustilanne.....	37
7	POHDINTA	40
7.1	Tulosten tarkastelu	40

7.1.1 Potilasohjauksen sisältö	41
7.1.2 Ohjaustilanne	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	44
7.3 Prosessin ja oman oppimisen arviointi.....	46
7.4 Suositukset ja jatkotutkimusehdotukset	48
LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake

Liite 2: Saatekirje

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Astma on krooninen keuhkoputkien tulehdussairaus, jolla on monia eri vaikutuksia ihmisten arkielämään, ja näin ollen se asettaa haasteita koko yhteiskunnalle, erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Astma on veronpaineaudin jälkeen yleisin sairaus Kelan erityiskorvauksiin oikeutettujen rekisterissä, ja sitä sairastaa noin 6–8 % väestöstä. (Astma 2006; Haahtela & Hannuksela 2007a; 19–21.) Lisäksi ajoittaisista astman kaltaisista oireista kärsii noin 5–10 % väestöstä (Haahtela & Hannuksela 2007a, 19; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 13). Näitä oireita voi saada esimerkiksi hengittämällä myrkyllisiä kaasuja, kuten klooria (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 9). Suomessa astmaa sairastavista työikäisistä 29 % miehistä ja 17 % naisista on sairastunut astmaan todennäköisesti työperäisistä syistä (Karjalainen, Kurppa, Martikainen, Klaukka & Karjalainen 2001).

Tutkimme opinnäytetyössämme työikäisten astmaa sairastavien kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta. Tutkimuksemme lähtökohtana oli Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018, jonka aikana potilasohjauksen tulisi muokkaantua paremmin potilaiden tarpeita vastaavaksi ja terveyttä tukevaksi (Haahtela, von Herzen, Mäkelä & Hannuksela 2008, 9–21). Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 on jatkoa vuosien 1994–2004 astmaohjelmalle, joka laadittiin jatkuvasti lisääntyvän astman aiheuttamien ongelmien vähentämiseksi. Astmaohjelmalla pyrittiin taudin vähentämiseen, potilaiden tehokkaampaan hoitoon ja hoitokustannusten leikkaamiseen. (Haahtela ym. 2006, 4369; Haahtela ym. 2008, 10–11.) Ohjelma toteutettiin diagnostiikkaa parantamalla ja hoitoa tehostamalla, potilasohjaukseen panostamalla, jotta aktiivinen omahoito onnistuisi, sekä kehottamalla potilaita välttämään hengitysteitä ärsyttäviä tekijöitä, erityisesti tupakansavua (Haahtela ym. 2006, 4369). Vuonna 1997 Kansalliseen astmaohjelmaan liitettiin Apteekkien astmaohjelma, jonka avulla pyrittiin tehostamaan astmaa sairastavien lääkehoitoa sekä lisäämään yhteistyötä apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä (Peura, Hirvonen &

Klaukka 2004, 147). Kansallinen astmaohjelma 1994–2004 antoi paljon kokemusta, ja se herätti myös kansainvälistä kiinnostusta. Astmaohjelman aikana onnistuttiin parantamaan astmaa sairastavien elämänlaatua ja astman diagnostiikkaa, siirtämään aikuisten astmapotilaiden hoitovastuu pääasiassa perusterveydenhuoltoon ja leikkaamaan astmasta aiheutuvia yhteiskunnallisia ja potilaskohtaisia kustannuksia. (Haahtela ym. 2006, 4369–4375.)

Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 lähtökohtana on astmaa laajempi ja monimuotoisempi kokonaisuus, allergia. Ohjelmassa korostetaan erityisesti ennaltaehkäisyä pelkän oireiden hoidon sijaan. Ohjelma toteutetaan yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Työterveyslaitoksen, Kansanterveyslaitoksen, Apteekkariliitto ry:n, Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, erikoislääkäriyhdistyksien, Filha ry:n, Allergia- ja Astmaliitto ry:n sekä Hengityслиitto Heli ry:n kanssa, joista kolme viimeksi mainittua järjestöä vastaavat ohjelman varsinaisesta toimeenpanosta ja toteutuksesta. (Haahtela ym. 2008, 11.)

Kansallisen allergiaohjelman päätavoitteina ovat allergiaoireiden kehittymisen ehkäisy, väestön sietokyvyn lisääntyminen, allergiadiagnostiikan kehittyminen, työperäisten allergioiden vähentyminen, vaikeiden allergioiden hoitoon panostaminen ja kustannusten vähentäminen. Ohjelman toteuttamiseksi on määriteltä tarkkoja toimenpiteitä ja menetelmiä, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa, ja lisäksi erilaisia mittareita, joilla arvioidaan tavoitteiden toteutumista ja ohjelman vaikuttavuutta. Allergiaoireiden kehittymisen ehkäisyyn tavoitteena on astman, allergisen nuhan, atooppisen ja kosketushottuman esiintyvyyden vähentyminen 20 %:lla. Tähän pyritään edistämällä allergisten hyvinvointia ja vähentämällä ympäristöhaittoja, kuten tupakoinnille ja hengitysilman pienhiukkasille altistumista. Väestön sietokyvyn lisäämisen tavoitteena on ruoka-aineallergioiden aiheuttamien erityisruokavalioiden vähentäminen 50 %:lla. Tähän pyritään lisäämällä sietokykyä ruoka-aineille ja hengitettävillä allergeeneille ja vähentämällä ruoka-aineiden ja allergeenien tarpeetonta välttämistä, kuten erityisruokavalioita. Allergiadiagnostiikan parantamisen tavoitteena on testata kaikki potilaat keskitetysti suurissa sairaaloissa ja

yksityisissä testauskeskuksissa, jotka täyttävät sovitut laatuvaatimukset ja joissa on yhtenevät diagnosointikäytännöt. Työperäisten allergioiden vähentämisen tavoitteena on, että ammattitaudeiksi määriteltyjen allergisten sairauksien määrä vähenee 50 %:lla. Tähän pyritään vähentämällä altistumista astmaa ja allergiaa aiheuttaville allergeeneille ja kemikaaleille sekä parantamalla työperäisten sairauksien diagnostiikkaa. Vaikeiden allergioiden hoidon panostamisen ja pahenemisen estämisen tavoitteena on, että ”Allergia hallintaan” -ohjeisto on käytössä koko maassa ja astman aiheuttamat päivystyskäynnit vähenevät 40 %:lla. Tärkeää on varhainen oireiden tunnistaminen, sopivan hoidon löytäminen, pahenemisvaiheiden estäminen ja hyvän hoitotasapainon saavuttaminen astmaa, nuhaa ja atooppista ihottumaa sairastavilla. Allergisten sairauksien aiheuttamia kustannuksia pyritään vähentämään 20 %:lla, joka voidaan saavuttaa, jos ohjelman muut tavoitteet toteutuvat. (Haahtela ym. 2008, 12–18.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää työikäisten astmaa sairastavien tämän hetkinen potilasohjauksen taso ja sisältö astmaa sairastavien näkökulmasta. Tutkimuksella selvitämme, mihin asioihin astmaa sairastavat olivat saaneet ohjausta, millaista lisätietoa he olisivat tarvinneet sairaudestaan tai sen hoidosta ja millaisena he olivat kokeneet saamansa potilasohjauksen. Tässä tutkimuksessa työikäisellä tarkoitamme 18–64-vuotiasta. Teemme opinnäytetyön Kuopion Seudun Hengityssäätiölle, joka voi hyödyntää tutkimuksesta saatua tietoa järjestämissään koulutuksissa ja yleisötilaisuuksissa sekä kansalaistiedotteiden laatimisessa.

2 ASTMA

Terveellä ihmisellä keuhkojen limakalvojen solut poistavat hengitysilman haitallisia pienhiukkasia, kuten pölyjä, viruksia ja bakteereita, lisääntyneen limanerityksen ja värekarvakuljetuksen avulla (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 9). Astmaa sairastavilla keuhkoputkien limakalvot reagoivat hengitettäviin pienhiukkasiin liian voimakkaasti. Heillä ärsytyksen jatkuessa limaa erittävien solujen määrä kasvaa ja niiden koko suurenee, mikä johtaa limanerityksen lisääntymiseen ja limakalvojen puolustusjärjestelmän aktivoitumiseen aiheuttaen näin keuhkoputkien tulehduksen. Tulehdus aiheuttaa herkkien limakalvojen turpoamista ja limanerityksen lisääntymistä, jolloin rasitus ja ärsykkeet, kuten tupakansavu ja pölyt, lisäävät keuhkoputkien supistumista ja ahtautumista eli obstruktiota. (Astma 2002, 14–16; Astma 2006; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 9–12.) Tällöin syntyy astmaoireita kuten hengenahdistusta, yskää ja hengityksen vinkumista (Bourke 2007, 108; Haahtela 2007a, 220; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 12; Harju, Keinänen & Kinnula 2000, 7; Lumb 2000, 525; Pestonjee 2000, 58.), joista hengenahdistus ja yskä koetaan eniten elämää hankaloittaviksi astmaoireiksi (Hedman, Tamminen & Puhakka 2008, 2693). Pitkäaikainen ja hoitamaton tulehdus voi johtaa keuhkoputkien rakenne- ja toimintamuutoksiin. Muutosten seurauksena keuhkoputket jäykistyvät ja keuhkojen toimintakyky heikkenee pysyvästi. (Haahtela 2007a, 220; Harju ym. 2000, 2.)

Astman syntyyn vaikuttavat useat tekijät yhdessä. Merkittävänä tekijänä astman kehittymiselle pidetään perinnöllistä alttiutta, kuten atopiaa ja keuhkoputkien supistumisherkkyttä. (Astma 2002, 21–22; Astma 2006; Bourke 2007, 104–106; Haahtela 2007b, 219; Harju ym. 2000, 2–3; Laitinen, Stenius-Aarniala & Haahtela 2000, 263.) Astmaan sairastumisen riskiä lisäävät myös allergiat, allergeeneille altistuminen ja niille herkistyminen sekä tupakointi - myös passiivinen (Astma 2002, 23–24; Astma 2006; Bourke 2007, 104–106). Kun ihminen on yhdenkin kerran saanut vakavampia astmaoireita, hänellä on

pysyvä taipumus astmaan. Sairaus voi kuitenkin olla täysin oireeton useitakin vuosia, jos keuhkoissa ei ole tapahtunut toiminnan muutoksia. (Haahtela 2007b, 219.)

Astma voidaan jakaa allergiseen ja ei-allergiseen astmaan. Allergista astmaa sairastavilla on taipumus atopiaan, jolloin ympäristön allergeenit, kuten eläin- ja siitepölyt, aiheuttavat heille astmaoireita. Ei-allergista astmaa sairastava taas ei saa oireita näistä allergeeneista, vaan sairaudessa on autoimmuunisairauden piirteitä, eikä sen varsinaisia syitä vielä tunneta. Mahdollisesti ei-allerginen astma johtuu virusten tai bakteerien aiheuttaman infektion laukaisemasta pitkäaikaisesta keuhkoputkien tulehdusreaktiosta. (Haahtela 2007b, 219; Laitinen ym. 2000, 263–264.) Aikuisilla molemmat astmatyypit ovat suunnilleen yhtä yleisiä, kun taas lapsilla allerginen astma (80 %:lla astmaa sairastavista) on paljon yleisempi (Haahtela 2007b, 219). Allergia määritellään immunologisten mekanismien välittämäksi haitalliseksi yliherkkyyssreaktioksi vaarattomia elinympäristön aineita kohtaan. Yleisimpiä allergiaoireita ovat nenä- ja silmäoireet, erityyppiset ihottumat ja astmaoireet sekä ruuansulatuskanavan oireet. Näitä allergiaoireita aiheuttavia aineita, jotka ovat yleensä valkuaisaineita, kutsutaan allergeeneiksi. Allergioista suurimman ryhmän muodostavat atooppiset allergiat. Atopia on periytyvä taipumus herkistyä ympäristön yleisimmille allergeeneille, kuten eläin- tai siitepölyille. (Haahtela & Hannuksela 2007b, 8–10.) Tämä herkistyminen tapahtuu yleensä lapsuudessa tai nuoruudessa, mutta atooppinen taipumus allergiaan ei aina tule ollenkaan esiin, ja näin osa ei edes tiedä sairastavansa piilevää allergiaa. (Haahtela & Hannuksela 2007c, 17.)

Astma luokitellaan oireiden esiintyvyyden ja sairauden vaikeuden mukaan yleensä neljään eri luokkaan: ajoittaisesti oireilevaan, lievään jatkuvasti oireilevaan, keskivaikeaan jatkuvasti oireilevaan ja vaikeaan jatkuvasti oireilevaan astmaan (Astma 2006; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2573–2574; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27). Ajoittaisesti oireilevassa astmassa oireita on harvemmin kuin kerran viikossa ja yöoireita enintään kaksi kertaa kuukaudessa, lievässä jatkuvasti oireilevassa astmassa oireita on

useammin kuin kerran viikossa, mutta harvemmin kuin kerran vuorokaudessa (Vasankari & Liippo 2005, 1043), keskivaikeassa ja vaikeassa astmassa oireita on päivittäin ja lääkityksen tarve on suuri (Astma 2006; Keistinen 2008, 1219–1220). Astman vaikeusasteen luokittelusta ollaan kuitenkin hiljalleen siirtymässä astman hoitotasapainon luokitteluun (Taulukko 1), jossa arvioidaan oireiden yleisyyttä, toiminnan rajoitteita, avaavan lääkkeen tarvetta, keuhkojen toimintakykyä ja pahenemisvaiheiden esiintymistä (Hedman ym. 2008, 2691–2692; Pocket Guide For Asthma Management And Prevention 2008, 8).

Taulukko 1. Astman hoitotasapainon määrittely GINA-hoitosuosituksen mukaan (Pocket Guide For Asthma Management And Prevention 2008, 8)

Oireet ja rajoitukset	Hyvä hoitotasapaino (kaikki alla olevat)	Kohtalainen hoitotasapaino (jokin alla olevista)	Huono hoitotasapaino
Päiväoireet	Ei lainkaan (<2krt/vko)	Useammin kuin 2krt/vko	Vähintään kolme kohtalaisen hoitotasapainon piirrettä viikon aikana
Toiminnan rajoitteet	Ei lainkaan	Vähintään 1krt/vko	
Yöoireet, esim. heräily	Ei lainkaan	Vähintään 1krt/vko	
Avaavan lääkkeen tarve	Ei lainkaan (<2krt/vko)	Useammin kuin 2krt/vko	Yksi viikon aikana
Keuhkojen toimintakyky (PEF ks. s. 23)	Normaali	Alle 80 % omasta parhaasta	
Pahenemisvaiheet	Ei lainkaan	Vähintään yksi vuodessa	

3 ASTMAA SAIRASTAVAN OHJAUS

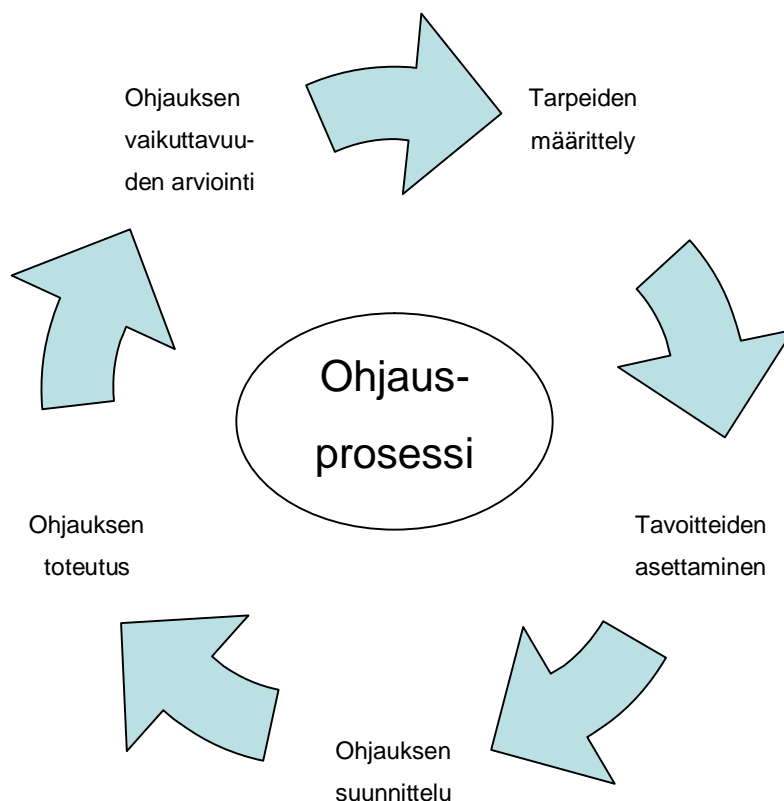
3.1 Potilasohjaus

Olennaisena osana hyvää hoitoa on laadukas potilasohjaus, sillä se auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja toimimaan itsenäisesti sairauden hoidossa. Kuitenkaan ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa antaa laadukasta ohjausta, sillä se on monitahoinen ja sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöihin. (Kääriäinen 2008, 10–14.) Taustatekijöiden, kuten sukupuolen, terveydentilan, perhetaustan ja arvojen, selvittäminen on potilasohjauksessa tärkeää, jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä ja potilaan tarpeisiin todella vastattaisiin (Kääriäinen 2008, 12–14; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255–257). Näiden tekijöiden huomioonottaminen ohjauksessa ei potilaiden mielestä silti ole toteutunut toivotulla tavalla (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006, 20; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 12; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 30). Laadukasta ohjausta antaakseen ohjaajan on tiedostettava, mitä ohjaus on sekä miten ja miksi sitä annetaan. Ohjauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon ja vahvaan kliiniseen osaamiseen, minkä vuoksi ohjaajan velvollisuutena on pitää tietojaan ja taitojaan ajan tasalla. Parhaimmillaan ohjauksella vaikutetaan potilaiden terveyteen ja terveyttä edistävään toimintaan sekä voidaan saada aikaan yhteiskunnallisia säästöjä. (Kääriäinen 2008, 13–14.)

Potilasohjaus on aktiivista toimintaa, jonka sisältö ja tavoitteet määräytyvät potilaan ohjaustarpeen mukaan. Tämä edellyttää hyvää vuorovaikutussuhdetta ohjaajan ja ohjattavan välillä. (Kääriäinen 2008, 14; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256–257.) Ohjaus on siis tavoitteisiin pohjautuvaa, laaja-alaista ja tilanteesta riippuvaa vuorovaikutuksellista toimintaa, jolla pyritään edistämään ohjattavan terveyttä sekä itseohjautuvuutta. Ohjaus-sanana lisäksi potilasohjauksesta käytetään muitakin käsitteitä, kuten neuvonta, opetus, koulutus ja tiedonanto.

Vaikka käsitteiden välillä voi olla pieniä määritelmäeroja, kaikissa kuitenkin on tarkoituksena potilaan tiedon lisääminen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 77–80; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250–257.) Potilasohjauksessa korostuu potilaslähtöisyys, potilaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä vastuullisuus. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. (Kyngäs & Hentinen 2008, 77–78; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255–257.)

Potilasohjaus on prosessinomaista toimintaa (Kuvio 1), joka lähtee siitä, että määritellään potilaan ohjaustarpeet. Ohjaustarve muodostuu potilaan taustatekijöistä sekä siitä, mitä tietoa potilaalla jo on sairaudestaan (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10–17; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7–9; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.) ja mitä tietoa hän vielä tarvitsee. Tarpeiden pohjalta määritellään potilaan kanssa yhdessä ohjauksen tavoitteet ja suunnitellaan ohjauksen toteuttaminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 9; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.) Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia ja mitattavissa olevia. Suunnittelun jälkeen ohjaus toteutetaan yksilöllisesti erilaisia ohjausmenetelmiä hyödyntäen. Tärkeänä osana potilasohjausprosessia on arviointi, jonka avulla tarkastellaan tavoitteiden saavuttamista ja toiminnan vaikuttavuutta. (Kyngäs ym. 2007, 27–75; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28–29.)



Kuvio 1. Potilaan ohjausprosessi Iso-Kivijärvi ym. (2006) mukaillen

Potilasohjaustilanteeseen vaikuttaa ohjauksen fyysinen ja psyykkinen ympäristö. Psyykkinen ympäristö rakentuu ajan käytöstä sekä huomion ja kunnioituksen antamisesta (Onnismaa 2007, 38). Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen ja kiireetön, eli potilaan ja ohjaajan vastavuoroiseen keskusteluun tulisi järjestää tarpeeksi aikaa, jotta potilas tuntisi asiansa olevan tärkeä. Jos potilas aistii ohjaajan kiireen, ohjauksen uskottavuus kärsii eikä potilas ehkä uskalla kysyä mieltä askarruttavista asioista. (Kyngäs ym. 2007, 37; Onnismaa 2007, 38–48.) Ohjaajan tulee antaa potilaalle huomiota kuuntelemalla ja varmistamalla, että potilas kokee tulleen kuunnelluksi. Kuuntelemalla ja olemalla läsnä potilasta varten ohjaaja pystyy osoittamaan kunnioitusta potilasta kohtaan. (Onnismaa 2007, 40–48.) Kunnioittaminen näkyy myös ohjaajan valmistautumisessa ohjaustilanteeseen siten, että ohjaaja varaa tarvittavat materiaalit ja välineistöt mahdollisia demonstraatioita varten (Hankonen ym. 2006, 28–29). Hyvän vuorovaikutuksen edellytyksenä on, että ohjauksessa

käytetään selkeää ja ymmärrettävää kieltä (Hankonen ym. 2006, 28–29; Kettunen 2001, 63).

Ohjaustilanteen fyysinen ympäristö, eli ohjauksessa käytettävä tila, pitää järjestää rauhalliseksi ja minimoida häiriötekijät, kuten puhelimen soiminen tai auringon häikäisy. Tilan tulee olla valoisa sekä äänieristetty, ja ohjaajan tulee istua samalla tasolla potilaan kanssa sopivan välimatkan päässä. (Hankonen ym. 2006, 28–31; Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

3.2 Astmaohjaus

Potilaan saatua astmadiagnoosin lääkäri selittää alkuohjauksessa diagnoosin perustan, astman luonteen sekä lääkehoidon periaatteet. Käytännön asioissa potilasta ohjaa kuitenkin hoitaja. Hän kertoo astman oireista ja niiden merkityksestä, ärsyttävien tekijöiden välttämisestä, liikunnan ja painonhallinnan merkityksestä, lääkityksen periaatteista ja lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista, lääkkeenottotekniikasta, PEF-seurannasta ja oirepäiväkirjasta sekä potilasjärjestöistä ja Kelan etuuksista. Lisäksi hoitaja antaa kirjalliset hoito-ohjeet ja selvittää potilaan astman seurantakäyntien hoitopaikan. (Astma 2006; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2576–2578.)

Seurantakäyntien tarve ja tiheys määräytyvät astman vaikeusasteen ja potilaan tarpeen mukaan. Kuitenkin säännöllistä astmalääkitystä käyttävillä suositellaan seurantakäyntiä vähintään kerran vuodessa. Seurantakäynneillä selvitetään astmaa sairastavan yleisvointi ja oireiden esiintyvyys, tarkistetaan lääkitys ja lääkkeenottotekniikka, tehdään kliinisen tilan arvio eli tarkastetaan ryhti ja rintakehä ja kuunnellaan keuhkot, mitataan PEF-arvo sekä tarkistetaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tilanteen mukaan voidaan kerrata alkuohjauksessa annettuja ohjeita ja tarkentaa niitä. (Ahonen 2000, 61–64; Astma 2006; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2578.)

Myös apteekit osallistuvat astmaa sairastavien hoitoon antamalla ohjausta lääkkeistä ja niiden ottotekniikasta sekä tarvittaessa ohjaavat potilaat lääkärin hoitoon. Apteekissa painotetaan hoitavan ja avaavan lääkkeen eroja sekä motivoidaan astmaa sairastavaa hoitavan lääkkeen säännölliseen käyttöön. Lisäksi käydään läpi lääkeannostelijoiden ja niiden apuvälineiden oikeanlainen käyttö. (Vidgren 2000, 65–67.)

3.3 Astmaa ärsyttävät tekijät

Alkuohjauksessa hoitaja neuvoo potilasta allergeenien ja muiden astmaa ärsyttävien tekijöiden välttämistä yksilöllisesti (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2578). Ei-allergista astmaa sairastavien ei tarvitse välttää hengitettäviä allergeeneja, kun taas allergista astmaa sairastavilla hengitettävät pölyt, kuten eläin-, home- ja siitepölyt, muut hengitysilman epäpuhtaudet sekä ruokayliherkkyydet voivat aiheuttaa tai pahentaa astmaoireita. (Astma 5/2006, 4-6, 11; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 23–24; Tähti 2005, 8–9.) Allergeenien välttäminen ja poistaminen (allergiasaneeraus) sekä altistuksen loppuminen kotona tai työpaikalla vähentävät oireilua joissakin tapauksissa. Pölypunkkien saneerauksen hyödyllisyydestä ei ole juuri näyttöä. (Astma 2006; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 23; Keistinen 2008, 1219.) Sen sijaan homepölyaltistus voi pahentaa astmaa ja lisätä allergisia oireita, joten homehtuneiden materiaalien poistamisen ja kosteusvaurioiden korjaamisen jälkeen oireet yleensä häviävät pysyviä terveyshaittoja jättämättä (Rakennusten homeongelmat 2/2007, 3).

Siitepölyallergioiden ja joskus eläinallergioiden hoidossa voidaan käyttää siedätyshoitoa, jos potilaalla on merkittäviä allergiaoireita, kuten hankalia silmä- tai nuhaoireita (Astma 2006; Niiskututtaako? – Astma ja allerginen nuha 2007, 10). Hoito toteutetaan ihonalaispistoksina tai kielenalustabletein kolmen vuoden ajan, ja sen teho voi säilyä useita vuosia (Niiskututtaako? – Astma ja allerginen

nuha 2007, 10). Siedätyshoito voi vähentää allergisilla astmaan sairastumisen riskiä, ja astmaa sairastavilla se vähentää keuhkoputkien hyperaktiivisuutta (Astma 2006; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 39–40).

Sekä sisä- että ulkoilman laadulla on merkitystä astman hoidossa, sillä ilman pienhiukkaset, kuten saasteet ja pölyt, kylmyys, liiallinen kuivuus ja kosteus, voivat pahentaa astmaa sairastavan oireita. Sisäilman laadulla on kuitenkin ulkoilmaa suurempi vaikutus astman kannalta. (Astma 5/2006, 4–5; Rees & Kanabar 2006, 7–23.) Sisäilman laatua huonontavia tekijöitä ovat puutteellinen ilmanvaihto, epäsiisteys ja -järjestys kotona, tupakoiminen sisällä, homesienet, rakennus- ja sisustusmateriaalien kemikaalipäästöt sekä allergisilla lisäksi eläinpölyt ja pölypunkit. Ulkoilmassa oireita voivat aiheuttaa saasteet, kuten autojen pakokaasut, katu- ja siitepölyt sekä kuiva pakkasilma. (Astma 5/2006, 4–5.)

Ruoka-aineyleherkkyys aiheuttaa harvoin varsinaisia astmaoireita, vaan lähinnä allergisia iho-, suu-, nenä- ja silmäoireita (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 24). Tämän vuoksi oireita aiheuttavia ruoka-aineita astmaa sairastavien tulee välttää yksilöllisesti. Astman hoidossa erityisruokavaliosta ei ole todettu olevan hyötyä, mutta suolan käytön vähentäminen on suositeltavaa, koska se voi vaikuttaa limakalvojen turvotukseen. (Astma 5/2006, 11; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 24.)

Astmaa sairastavilla ärsyttävien tekijöiden välttämisessä tulisi erityisesti painottaa tupakoinnin lopettamista, sillä tupakointi pahentaa astmaoireilua ja lisää allergista herkistymistä. Tupakointi aiheuttaa limanerityksen lisääntymistä, värekarvatoiminnan häiriytymistä, limakalvojen läpäisevyyden lisääntymistä sekä immuunijärjestelmän toiminnan heikentymistä. Sekä aktiivinen että passiivinen tupakointi aiheuttaa herkistymistä ja häiritsee limakalvojen toimintaa. (Haahtela 2007c, 229–230; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 23; Laitinen ym. 2000, 268.) Tupakoinnin lopettamisen jälkeen 1–2 kuukauden kuluttua yskä ja limaneritys vähenevät ja 2–3 kuukauden kuluttua keuhkojen

toiminta paranee huomattavasti (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006). Koska astma jo itsessään aiheuttaa keuhkojen toiminnan häiriöitä, joita tupakointi entisestään pahentaa, on tupakoinnin lopettaminen astmaa sairastavilla erityisen tärkeää. Astmaa sairastavat tupakoivat suunnilleen yhtä paljon kuin muukin väestö (Haahtela 2007c, 229; Laitinen ym. 2000, 268). Vuoden 2004 astmabarometrin mukaan 16 vuotta täyttäneistä astmaa sairastavista tupakoi yhteensä 17 %, miehistä 19 % ja naisista 15 %, ja tupakointi on lisääntynyt vuodesta 2001 neljä prosenttiyksikköä. Huolestuttavaa tuloksissa on se, että mitä vaikeammasta astmasta oli kyse, sitä yleisempää tupakointi oli. (Klaukka, Hirvonen, Karhula & Peura 2004, 4003.)

3.4 Liikunta ja painonhallinta

Hyvää fyysistä kuntoa pidetään tärkeänä osana astman hoitoa, sillä siten fyysinen suorituskyky pysyy hyvänä, rasituksensieto kasvaa ja hengitysilihakset vahvistuvat. Monet astmaa sairastavat saattavat välttää voimakasta fyysistä liikuntaa, koska se voi ahtauttaa keuhkoputkia ja aiheuttaa hengenahdistusta. (Astma 2006; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 24–25.) Tämän vuoksi liikunnan suunnittelussa otetaan huomioon astman vaikeusaste, liikuntaympäristö, liikunnan rasittavuus ja liikuntatottumukset (Liikuntaa astmasta huolimatta 3/2004), jotta yksilöllisesti voidaan valita sopiva liikuntamuoto ja neuvoa, kuinka ennaltaehkäistä lääkityksellä, kylmältä suojaautumisella ja oikealla hengitystekniikalla rasituksessa syntyvää hengenahdistusta (Liikunta 3/2007, 4–6, 8).

Sen lisäksi että säännöllinen liikunta vähentää astman pahenemisvaiheita ja astmaoireilua, se auttaa myös painonhallinnassa. Ylipainoisella painon pudottamisen on todettu parantavan astman hoitotasapainoa ja vähentävän lääkkeiden tarvetta. (Astma 2006; Astma 5/2006, 11; Haahtela 2007d, 232; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 24–25.)

3.5 Astman lääkehoito

Vaikka astman hoidossa on tärkeää astmaa pahentavien tekijöiden tunnistaminen ja välttäminen, on lääkeshoidollakin kuitenkin suuri merkitys hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi (Astma 6/2007, 4). Lääkehoidon tavoitteena on astman hallinta ja pahenemisvaiheiden estäminen (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2571–2573). Astman lääkehoito koostuu hoitavan ja avaavan lääkkeen yhdistelemisestä astman oireiden mukaan (Astma 2006; Astma 6/2007, 5–7; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2571–2574; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27–37; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1045–1047; Keistinen 2008, 1219–1220; Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpään-Heikkilä 2005, 1042; Pietinalho & Kontula 2004, 21; Tähti 2005, 8; Vasankari & Liippo 2005, 1043–1044). Astma luokitellaan sen vaikeusasteen perusteella neljään kategoriaan, minkä perusteella astman lääkehoito määräytyy (Ahosalmi & Heimonen 2003, 91; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2573–2574; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27; Pietinalho & Kontula 2004, 21–22; Vasankari & Liippo 2005, 1043). Astman lääkehoitoa sairauden vaikeusasteen perusteella on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Astman hoito sairauden vaikeusasteen mukaan (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2573–2574.)

Astman vaikeusaste	Anti-inflammatorisen lääkkeen käyttö	Pitkävaikutteisen beeta-2-agonistin käyttö	Lyhytvaikutteisen beeta-2-agonistin käyttö
Ajoittainen oireilu	Kuuriluonteisesti esim. kuukauden ajan	-	Tarvittaessa
Lievä jatkuva oireilu	Säännöllisesti	-	Tarvittaessa
Kohtalainen jatkuva oireilu	Säännöllisesti	Lisätään tarvittaessa tukemaan anti-inflammatorista lääkitystä	Tarvittaessa
Vaikea jatkuva oireilu	Säännöllisesti, lisänä kortisoni suun kautta	Lisätään tarvittaessa tukemaan anti-inflammatorista lääkitystä	Tarvittaessa

3.5.1 Anti-inflammatoriset lääkkeet

Hoitavan eli anti-inflammatorisen lääkkeen tarkoituksena on rauhoittaa tulehdusta keuhkoputkien limakalvoilla vähentämällä tulehdussolujen määrää ja toimintaa sekä keuhkoputkien supistumisherkkyyttä. Näin astmaoireet, kuten hengenahdistus, limaisuus ja yskä vähentyvät. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 28–29; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1045–1046.) Tehokkaimpia anti-inflammatorisia astmalääkkeitä ovat inhaloitavat kortikosteroidit, joiden käyttö on osoittautunut turvalliseksi (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 29), sillä niiden aiheuttamat haitta- ja sivuvaikutukset ovat yleensä vähäisiä (Kankaanranta & Moilanen 2005, 1046). Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat suun ja nielun hiivatulehdukset ja äänen käheys (Astma 6/2007, 6; Astman diagnostiikka ja hoito 200, 2574; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 29–30; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1046; Mäki 2004, 38). Muita pitkäaikaishoidossa esiintyviä harvinaisempia haittavaikutuksia ovat muun

muassa oman kortisolituotannon vähentyminen ja sitä kautta osteoporoosin riskin kasvaminen (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 30; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1046), ihon ohentuminen, mustelmataipumus ja lapsilla pituuskasvun hidastuminen (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 30; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1046; Mäki 2004, 38).

3.5.2 Avaava lääke

Avaavaa lääkettä käytetään nimensä mukaisesti avaamaan keuhkoputkia (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2572; Bourke 2007, 114; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 35; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047; Tähti 2005, 8) rentouttamalla keuhkoputkien supistuneita sileitä lihaksia (Bourke 2007, 114; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 35; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047, Mäki 2004, 38). Toisin kuin hoitavaa lääkettä, avaavaa ei käytetä säännöllisesti, vaan tarvittaessa ja oireiden ennaltaehkäisyyn esimerkiksi ennen rasitusta (Astma 6/2007, 6; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2572; Tähti 2005, 8). Keuhkoputkia avaavia lääkkeitä on kahdenlaisia: inhaloitavat beeta-2-agonistit ja inhaloitavat antikolinergit, joista astman hoidossa useimmiten käytetään beeta-2-agonisteja (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 35–36; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047; Mäki 2004, 38). Yleensä beeta-2-agonistit ovat kohtuullisesti käytettynä hyvin siedettyjä ja aiheuttavat vain vähän sivu- ja haittavaikutuksia (Astma 6/2007, 6–7; Mäki 2004, 38). Yleisimmät haittavaikutukset ovat lihasvapina ja sydämentykytys (Astma 6/2007, 7; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2574; Bourke 2007, 114; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 36; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047; Mäki 2004, 38; Rees & Kanabar 2006, 36), ja lisäksi niihin voi kehittyä toleranssi, jolloin keuhkoputkia avaava vaikutus heikkenee ja lyhenee. Beeta-2-agonisteilla on myös vakavia, joskin harvinaisia haittavaikutuksia, kuten sydämen rytmihäiriöt, iskemia ja sydäninfarkti. (Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047.) Jos beeta-2-agonistit aiheuttavat haittavaikutuksia, voidaan ne korvata inhaloitavilla antikolinergeillä (Haahtela 2007e; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 37–38).

3.5.3 Yhdistelmävalmisteet

Kohtalaisen ja vaikean astman hoidossa voidaan käyttää inhaloitavan kortikosteroidin ja pitkävaikutteisen beeta-2-agonistin yhdistelmävalmistetta. Yhdistelmälääkkeet ovat potilaille käytännöllisiä, ja ne lisäävät hoitomyönteisyyttä, sillä kahden lääkkeen sijasta tarvitsee ottaa yksi lääke. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 36–37; Kankaanranta & Moilanen 2005, 1047–1048; Mäki 2004, 38; Stenius-Aarniala & Klaukka 2002, 415.) Yhdistelmävalmisteet eivät kuitenkaan ole astman hoidossa ensisijaisia lääkkeitä, vaan niiden käyttöön siirrytään, jos potilas tarvitsee inhaloitavan kortikosteroidin rinnalla jatkuvasti avaavaa lääkettä (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 36–37; Mäki 2004, 38; Stenius-Aarniala & Klaukka 2002, 415).

3.6 Lääkkeenottovälineet ja -tekniikka

Astman hoidossa käytetään paljon inhaloitavia lääkkeitä, joiden annostelussa ja otossa käytetään erilaisia apuvälineitä, esimerkiksi jauheannostelijoita, ponnekaasusumuttimia sekä sähköisiä lääkeainesumuttimia (Järvinen 2000, 144–145). Astman lääkehoidon onnistumisen kannalta on siis erityisen tärkeää opetella oikeanlainen lääkkeenottotekniikka (Astma 6/2007, 7; Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2572–2578; Keistinen 2008, 1219; Mäki 2004, 37; Vasankari & Liippo 2005, 1044), sillä vain noin 40 % lääkeannoksesta pääsee parhaimmillaankin keuhkoihin (Haahtela 2007f, 268). Vääränlainen lääkkeenottotekniikka voi olla syy huonoon hoitovasteeseen, minkä vuoksi oikeanlainen inhalaatiotekniikka tulee opettaa laitteen ja potilaan iän mukaan ja tekniikka tulisi tarkistaa seurantakäynneillä (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2572–2578).

3.7 PEF-seuranta ja oirepäiväkirja

PEF eli uloshengityksen huippuvirtaus kertoo keuhkojen hengitystoiminnasta. Keuhkoputkien supistuminen saa aikaan pienemmät PEF-arvot, joiden perusteella astmaa diagnosoidaan. (Astma 6/2007, 9; Johnson 1999, 63–66.) Diagnoosin saamisen jälkeen PEF-seuranta on erityisen tärkeää keskivaikeassa ja vaikeassa astmassa, jotta astman hoitotasapaino säilyisi ja potilas osaisi säännöstellä lääkitystään. PEF-arvoja tulisi mitata ajoittain esimerkiksi kerran kahdessa viikossa aamuisin ja aina oireiden pahentuessa. (Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 10–46; Tähti 2005, 9.) Puhallusten arvot kirjataan oirepäiväkirjaan, jotta arvoja voidaan verrata aikaisempiin arvoihin ja potilas osaa itsenäisesti muuttaa lääkitystään niiden perusteella (Astma 2006; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 27–46; Tähti 2005, 9).

PEF-seurannan onnistumisen edellytys on oikeanlainen PEF-mittarin käyttö sekä puhallustekniikka, joihin hoitaja opastaa potilasta. Ohjauksen lisäksi hoitajan tulee antaa potilaalle selkeät kirjalliset hoito-ohjeet, kuinka toimia astman pahenemisvaiheiden hoidossa. (Astma 2006; Astma 6/2007, 7–9; Haahtela 2007g, 229.) Kirjallisten ohjeiden tulee olla sisällöltään ja kieleltään yksinkertaista, helposti ymmärrettävää ja suunnattu potilaan tarpeita vastaavaksi (Kyngäs ym. 2007, 124–127).

4 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen avulla selvitimme, mitä astmaa sairastavien saama potilasohjaus oli sisältänyt ja millaista se astmapotilaiden mielestä oli ollut. Tutkimusongelmien avulla saimme tietoa siitä, mitä potilasohjauksessa tulisi kehittää.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä asioita on sisältynyt astmapotilaiden saamaan potilasohjaukseen?
 - 1a. Mistä asioista potilaat ovat kokeneet saaneensa sopivasti ohjausta?
 - 1b. Mihin asioihin potilaat kokevat tarvitsevänsä lisää ohjausta?
2. Millaiseksi astmapotilaat kokevat saamansa potilasohjauksen?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

5.1 Tutkimusmenetelmän ja aineistonkeruun kuvaus

Tässä tutkimuksessa käytimme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta, sillä sitä käytettäessä voidaan käsitellä suurempia otoskokoja ja tuloksia voidaan havainnollistaa numeerisesti. Lisäksi voidaan selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia sekä tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. (Heikkilä 2008, 16.) Koska tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää astmaa sairastavien saaman potilasohjauksen tämän hetkinen tilanne, kvantitatiivinen tutkimus oli tarkoituksenmukainen valinta.

Tutkimusaineisto koottiin kesä–heinäkuussa 2009 kyselylomakkeiden avulla, jotka lähetettiin Kuopion Seudun Hengitysyhdistyksen jäsenrekisteriin kuuluville 18–64-vuotiaille astmaa sairastaville. Kuopion Seudun Hengitysyhdistyksen yhdyshenkilö poimi jäsenrekisteristä systemaattisella otannalla 381 astmaa sairastavaa, joille postitti laatimamme kyselylomakkeen. Otokseen poimittiin joka toinen sukunimensä mukaan aakkosjärjestykseen asetetusta perusjoukon henkilöstä. Kyselylomakkeen (Liite 1) mukaan liitettiin palautuskuori ja saatekirje (Liite 2), jossa selvitettiin vastaanottajalle tutkimuksen tarkoitus ja motivoitiin kyselyyn vastaamiseen. Aikaa kyselyyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa, mutta otimme tutkimukseen mukaan myös myöhemmin palautuneita vastauslomakkeita. Palautuskuoret oli osoitettu Hengityssäätiön toimipisteeseen, josta noudimme ne vastausajan umpeuduttua.

Vastausprosentti oli 50 eli lomakkeita palautui kaikkiaan 189 kappaletta, joista kuitenkin jouduimme hylkäämään kolme: yksi vastaajista ei ikänsä vuoksi soveltunut tutkimusotokseen, ja kahdessa lomakkeessa oli jätetty vastaamatta yli puoleen kysymyksistä. Lopullinen otoskoko oli täten 186 kappaletta.

5.2 Mittari ja sen laatiminen

Kyselylomakkeen eli mittarin laatimisessa käytimme pohjana Päivi Stenmanin pro gradu -tutkimusta Astmaohjaus potilaiden arvioimana (1999). Kysymykset 5–7, 10–13, 15, 17–19, 21, 28–31, 33–36, 38 ja 40–43 pohjautuivat hänen käyttämäänsä mittariin. Loput kysymyksistä laadimme kirjallisuuden ja tutkimusongelmien pohjalta.

Mittarissa oli 44 kysymystä, joista kysymykset 1, 4, 9 ja 28 olivat avoimia, 7 ja 8 olivat sekamuotoisia ja loput kysymykset olivat strukturoituja. Mittarin kysymykset 1–9 selvittivät tutkittavien taustatekijöitä ja lopuilla kysymyksillä 10–44 haluttiin saada tietoa, mitä mieltä vastaajat olivat saamastaan astmaohjauksen sisällöstä ja ohjaustilanteesta. Käytimme mittarin laadinnassa sekä Likertin asteikkoa (kysymykset 29–44), jolla selvitetään, kuinka samaa tai eri mieltä vastaaja on väitteen kanssa, että Osgoodin asteikkoa (kysymykset 10–27), jossa väitteen vastausvaihtoehdot ovat viisiportaisena asteikkoina ääripäinään vastakkaiset adjektiivit. (ks. Heikkilä 2008, 49–55; Vilkkä 2007, 47.)

Kysymysten ymmärrettävyyden ja kyselylomakkeiden muuttujien mitattavuuden varmistamiseksi järjestimme esitestauksilanteen (ks. Vilkkä 2007, 78). Esitestaus suoritettiin kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoilla, ja sen perusteella tehtiin kyselylomakkeeseen täsmennyksiä sekä muutettiin kysymysten muotoa. Kysymysten muokkaamisen jälkeen annoimme mittarin luettavaksi Kuopion Seudun Hengityssäätiön yhdyshenkilölle ja opinnäytetyömme ohjaajalle, jotta saisimme asiantuntevan arvion mittarin sisällöstä. Lisäksi tarkastutimme tutkimusmuuttujien mitattavuuden tietotekniikan lehtorilta.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Saadun aineiston avoimet kysymykset 4 ja 9 luokiteltiin vastausten perusteella tilastollista käsittelyä varten. Kysymykset jätettiin alun perin avoimiksi, koska vastausvaihtoehtoja ei voinut etukäteen tuntea, ja näin ollen luokittelu olisi saattanut epäonnistua eikä kysymysten vastauksia olisi tällöin voinut hyödyntää (ks. Heikkilä 2008, 49–51). Vastausten pohjalta kysymys 4 luokiteltiin siten, että astman sairastamisvuodet jaettiin kolmeen luokkaan: alle 5 vuotta sairastaneet, 5–15 vuotta sairastaneet ja yli 15 vuotta sairastaneet. Sairastamisvuosien luokittelussa huomioimme vuosien 1994–2004 kansallisen astmaohjelman siten, että luokittelu jakaantui ennen astmaohjelmaa astmaan sairastuneisiin, astmaohjelman aikana sairastuneisiin ja sen jälkeen sairastuneisiin. Kysymys 9 luokiteltiin viimeisimmän astmaseurannassa käynnin mukaan neljään luokkaan: 2008–2009 käyneet, 2005–2007 käyneet, 2004 tai aiemmin käyneet sekä niihin, jotka eivät muista, milloin ovat viimeksi käyneet. Suositusten mukaan säännöllistä lääkitystä käyttävien tulisi käydä astmaseurannassa vuosittain (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2578), minkä vuoksi luokitteluväli oli lyhyt ja ennen vuotta 2004 käyneet yhdistettiin omaksi luokaksi.

Kysymyksessä 5, jossa selvitettiin vastaajien astman vaikeusastetta, vastausvaihtoehdot 'Vaikea' ja 'Hyvin vaikea' yhdistettiin luokaksi 'Vaikea'. Astma luokitellaan yleensä neljään kategoriaan: ajoittainen oireilu, lievä jatkuva oireilu, kohtalainen jatkuva oireilu ja vaikea jatkuva oireilu (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2573–2574), ja näiden perusteella teimme luokittelun 'Hyvin lievä', 'Lievä', 'Kohtalainen' ja 'Vaikea'.

Sekamuotoisen kysymyksen 7 avoin kohta luokiteltiin vastausten perusteella viiteen luokkaan sen mukaan, mistä muualta ohjausta oli saatu strukturoitujen vastausvaihtoehtojen lisäksi. Tietoa astmasta oli saatu kursseilta tai kuntoutuksesta, tuttavilta, omatoimisesti esimerkiksi internetistä tai lehdistä, muilta ammattihenkilöiltä sekä järjestöistä. Kysymyksen 8 avointa kohtaa ei luokiteltu, sillä siihen tuli vain yksi vastaus.

Kysymys 28, jossa kysyttiin, mistä asioista vastaajat olisivat halunneet lisää ohjausta, jätettiin avoimeksi, sillä vastausvaihtoehtoja ei tunnettu ennalta eikä vastauksia haluttu ohjata valmiiden vaihtoehtojen pohjalta. (ks. Heikkilä 2008, 49). Kysymyksen vastaukset jaoteltiin teemoihin vastausten samankaltaisuuden perusteella. Tulokset esitetään omassa luvussa yhdessä suorien lainauksien kanssa.

Kysymysten luokittelun jälkeen aineisto syötettiin Microsoft Office Excel 2007 taulukkolaskentaohjelmaan, josta koottu data siirrettiin SPSS 16.0 for Windows 2007 tilastointiohjelmaan, jossa aineisto käsiteltiin. Muuttujista laskettiin aluksi frekvenssit ja suoran jakauman tunnusluvut kuten keskiarvo, moodi, mediaani, keskihajonta sekä maksimi ja minimi. Näiden avulla tarkistettiin myös, ettei kootussa aineistossa ollut virheitä. Ristiintaulukoinnilla tutkittiin astman sairastamisajan keston (kysymys 4) vaikutusta potilasohjauksen sisältöön (kysymykset 10–27) ja astmaohjauksen tyytyväisyyteen (kysymys 44). Taustatekijöiden (kysymykset 1–9) ja potilasohjauksen sisällön (kysymykset 10–27) tai ohjaustilanteen luonteen (kysymykset 29–44) väliltä ei voitu löytää tilastollisesti merkittäviä korrelaatioita, sillä otos jakaantui epätasaisesti siten, että joidenkin vastausvaihtoehtojen vastausten määrä jäi liian pieneksi.

Tulososion taulukot laadittiin Microsoft Office Excel 2007 taulukkolaskentaohjelmalla. Tutkimuksen tulokset esitetään taulukoissa prosentteina (%) ja frekvensseinä (f). Kaikkia taulukoissa esiintyviä lukuja ei ole erikseen käsitelty tekstissä, sillä ne ovat nähtävissä taulukoissa. Taulukkoa 7 tehtäessä otettiin huomioon vastausvaihtoehdot 'Sopivasti', 'Liian vähän' ja 'Ei lainkaan', sillä vaihtoehtojen 'Liikaa' ja 'En osaa sanoa' vastausten määrä oli vähäinen. Taulukoissa 8 ja 9 vastausvaihtoehdot muutettiin viisiluokkaisesta kolmiluokkaiseksi: 'Täysin samaa mieltä' ja 'Jokseenkin samaa mieltä' muodostivat luokan 'Samaa mieltä', 'Täysin eri mieltä' ja 'Jokseenkin eri mieltä' muodostivat luokan 'Eri mieltä' ja luokka 'En osaa sanoa' pysyi ennallaan.

5.4 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen jokaisessa tutkimuksen vaiheessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimusprosessin ajan, vastaajille ei aiheudu fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista haittaa tutkimuksesta, vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaajat voivat keskeyttää vastaamisen koska tahansa (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–34). Tutkijoiden eettisesti hyvään käyttäytymiseen kuuluu toisten tutkijoiden kunnioittaminen käyttämällä asianmukaisia lähdemerkintöjä, plagioinnin välttäminen ja tulosten rehellinen esittäminen (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27).

Saimme tutkimusluvan Kuopion Seudun Hengityssäätiöltä, joka huolehti otoksen poiminnan, kyselylomakkeiden lähettämisen ja vastaanottamisen, emmekä näin saaneet missään vaiheessa tietoomme tutkittavien henkilöllisyyttä. Tutkimuksemme taustaa ja teoriapohjaa kartoittaessamme käytimme toisten tutkijoiden saamia tuloksia asiallisella ja soveliaalla tavalla merkiten heidän tuottamansa tekstin asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimusprosessin aikana saamiamme tietoja ja tutkimustuloksia käsitelimme huolellisesti ja rehellisesti välttääksemme virheitä niin tietoja kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä kuin tuloksia tulkittaessa. Tutkimustulokset raportoimme todenmukaisesti ja rehellisesti ilman ulkopuolista vaikutusta. Tuhosimme vastauslomakkeet asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

6 TULOKSET

6.1 Kohderyhmän kuvaus

Tutkimukseen vastanneita oli 186, joista 77 % (f=144) oli naisia ja 23 % (f=42) oli miehiä. Vastaajien iän keskiarvo oli 52 vuotta. Nuorimmat kyselyyn vastanneista olivat 18-vuotiaita ja vanhimmat 64-vuotiaita. Vastaajista 49 %:lla astma oli allerginen, 34 %:lla ei-allerginen ja 17 % ei osannut sanoa, minkälainen astma hänellä oli. Oman arvionsa mukaan 48 %:lla vastaajista oli kohtalaisen vaikea astma ja vaikeaa astmaa sairasti 6 %. Lieväksi astmansa koki 32 % ja hyvin lieväksi 14 % vastaajista. Astmaa oli sairastanut alle viisi vuotta 15 %, 5–15 vuotta 46 % ja yli 15 vuotta 39 % vastaajista.

Vastanneista 65 % oli käynyt astmaseurannassa vuosien 2008–2009 aikana ja 19 % vuosina 2005–2007. Ennen vuotta 2005 edellisen kerran astmaseurannassa käyneitä oli 10 %, ja lisäksi 6 % vastaajista ei osannut sanoa, milloin viimeisin seurantakäynti oli ollut.

Lähes kaikki (97 %) vastanneet olivat saaneet astmaohjausta. Eniten ohjausta oli saatu lääkäriltä (81 %). Sairaanhoidajalta ohjausta oli saanut 68 % vastaajista ja apteekista noin kolmannes (34 %). Sekä lääkäriltä että sairaanhoidajalta ohjausta oli saanut yli puolet (56 %) vastaajista. Vastaajista 22 % oli saanut ohjausta myös muualta, kuten erilaisilta kursseilta ja kuntoutuksista, tuttavilta, muilta ammattihenkilöiltä tai järjestöiltä. Vastaajista viisi oli kokenut jääneensä ilman ohjausta, ja näistä kolme oli omatoimisesti hankkinut tarvitsemansa tiedon.

Vastaajista kolme neljästä (75 %) oli tyytyväisiä saamaansa potilasohjaukseen. Pitempään astmaa sairastaneet olivat tyytyväisimpiä saamaansa astmaohjaukseen: yli 15 vuotta sairastaneista 81 % (f=58), 5–15 vuotta sairastaneista 75 % (f=62) ja alle viisi vuotta sairastaneista 59 % (f=16). Vastaajista 67 % ilmoitti saaneensa sopivasti tietoa astmasta yhdellä ohjaukerralla, vaikka kuitenkin 24 %:n mielestä tietoa oli annettu jopa liikaa.

6.2 Potilasohjauksen sisältö

Astmaa sairastavat olivat oman kokemuksensa mukaan saaneet varsin vaihtelevasti tietoa ja ohjausta astmaan ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Neljä viidestä vastaajasta koki saaneensa sopivasti tietoa astmasta sairautena, ja myös PEF-mittarin käytön sekä PEF-seurannan ohjauksen määrään valtaosa oli tyytyväinen. Kuitenkin astman oirepäiväkirjan käytöstä, astman pahenemisen merkeistä ja oireista sekä pahenemisen ennakkoinnista vastaajista puolet koki saaneensa liian vähän tai ei lainkaan ohjausta. Astman pahenemisen hoidon ohjauksesta sen sijaan yli puolet oli mielestään saanut sopivasti ohjausta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Tyytyväisyys astman omahoidon ohjauksen määrään

	Sopivasti		Liian vähän		En lainkaan		En osaa sanoa	
	%	f	%	f	%	f	%	f
Astmasta sairautena	80	150	18	34	1	1	1	1
PEF-mittarin käytöstä	87	161	9	16	3	6	1	3
PEF seurannasta	75	139	18	33	5	10	2	3
Astman oirepäiväkirjan käytöstä	41	75	24	45	29	54	6	11
Astman pahenemisen merkeistä ja oireista	48	89	37	68	12	23	3	6
Astman pahenemisen ennakkoinnista	41	76	39	71	16	30	4	8
Astman pahenemisen hoidosta	57	106	32	59	9	17	2	3

Astman lääkehoitoon liittyvistä asioista lääkkeiden käytöstä, avaavan ja hoitavan lääkkeen eroista sekä inhalaatiolaitteiden käytöstä ja ottotekniikasta oli saatu pääosin sopivasti ohjausta. Lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista lähes puolet vastaajista ilmoitti saaneensa liian vähän tai ei lainkaan ohjausta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Tyytyväisyys astman lääkehoidon ohjaukseen

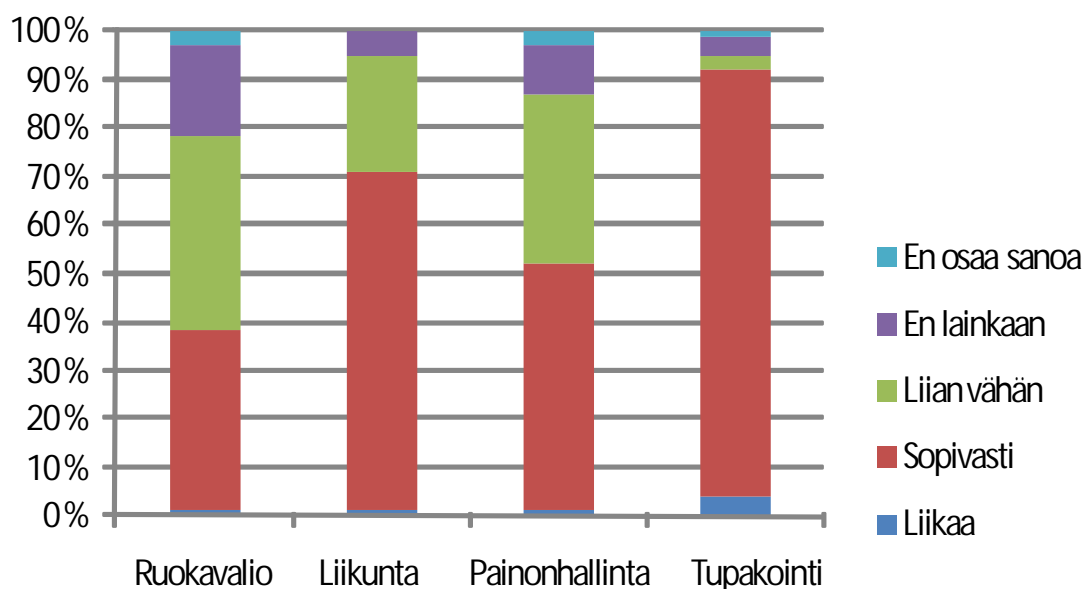
	Sopivasti		Liian vähän		En lainkaan		En osaa sanoa	
	%	f	%	f	%	f	%	f
Lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista	53	99	40	74	6	12	1	1
Lääkkeiden käytöstä	76	141	21	40	2	3	1	2
Avaavan ja hoitavan lääkkeen eroista	77	143	19	36	4	7	0	0
Inhalaatiolaitteiden käytöstä ja ottotekniikasta	82	152	14	25	3	5	1	2

Vastaajista kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä saamansa ohjauksen määrään astmaa pahentavista tekijöistä ja allergeenien välttämisestä. Sen sijaan vastaajista noin puolet koki tarvitsevänsä enemmän ohjausta sisäilmatekijöistä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Tyytyväisyys astmaa pahentavien tekijöiden ohjauksesta

	Liikaa		Sopivasti		Liian vähän		En lainkaan		En osaa sanoa	
	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Astmaa pahentavista tekijöistä	0	0	70	131	25	46	4	7	1	1
Allergeenien välttämisestä	2	4	69	128	23	43	4	8	2	3
Sisäilmatekijöistä	0	0	49	92	40	74	8	15	3	5

Ruokavaliosta vain reilu kolmannes (37 %) oli saanut mielestään sopivasti ohjausta. Yli puolella vastaajista ruokavalioon liittyvä ohjaus oli jäänyt niukaksi: 40 % koki saaneensa liian vähän ohjausta ja 19 % ei ollut saanut ohjausta lainkaan. Myös painonhallinnan ohjauksessa vastaajista lähes puolet koki saamansa tiedon riittämättömäksi: liian vähän ohjausta oli saanut 33 % ja 12 % ei ollut saanut ohjausta lainkaan. Liikunnasta ja tupakoinnista saadun ohjauksen määrään valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä: liikunnasta sopivasti ohjausta oli saanut 70 % ja tupakoinnista 88 %. Kuitenkin 4 % vastaajista oli saanut liikaa ohjausta tupakoinnista, kun taas liikunnasta liian vähän ohjausta oli saanut neljäsosa (24 %) vastaajista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tyytyväisyys elämäntavoista saatuun ohjaukseen astman hallinnassa

6.3 Astmaa sairastavien toiveita lisäohjauksesta

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin mistä asioista vastaajat olisivat halunneet lisätietoa tai -ohjausta, tuli 59 vastausta. Vastausten perusteella

vastaajat halusivat saada lisää ohjausta lääkehoidosta, elämäntapojen ja sisäilman laadun merkityksestä, sosiaalisista eduista ja kuntoutuksista sekä astmasta sairautena. Lääkehoitoon liittyvistä asioista eniten tietoa kaivattiin pahenemisvaiheiden hoidosta ja lääkityksen muuttamisesta. Lisäksi tietoa haluttiin saada astmalääkkeiden sivuvaikutuksista ja yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa sekä ajantasaista tietoa eri lääkevaihtoehdoista.

”Lääkkeet ja ohjeistukset muuttuvat vuosien varrella joten pitkään sairastaneelle tietojen päivitys olisi tarpeen muutenkin kuin omatoimisesti netin kautta.”

”Miten hoidetaan kun usein yhtäkkiä kurkusta kuristaa. Ettei enää kuristaisi.”

Elämäntavoista eniten lisäohjausta kaivattiin ruokavaliosta. Myös liikunnan ja painonhallinnan merkityksestä astman hoitotasapainoon haluttiin saada lisää tietoa. Niin kodin kuin työpaikan sisäilman laadun, kuten homeiden, pölyjen, ilmankosteuden ja kemikaalien, vaikutuksesta astmaan toivottiin lisää ohjausta.

”Liikunnan ja ravinnon/painonhallinnan vaikutuksista astman suhteen.”

”Sisäilman vaikutuksesta astmaan asunnossa ja työssä.”

Vastaajat kaipasivat lisää ohjausta myös erilaisista sosiaalisista etuuksista, kuten lääkkeiden korvattavuudesta ja kuntoutusmahdollisuuksista. Osa vastaajista halusi saada enemmän tietoa ammatinvaihtomahdollisuuksista.

Astmasta sairautena haluttiin saada kokonaisvaltaista tietoa perusasioista. Lisäohjausta toivottiin PEF-seurannasta, allergeeneista ja niiden välttämisestä sekä astman vaikutuksesta muiden sairauksien hoidossa.

"Pef-seurannasta -> mitkä hyvät/huonot arvot."

"Minulla on myös uniapnea, jolloin astma ja uniapnean seuranta ja hoitomuodot sekoittuvat."

6.4 Astman sairastamisajan vaikutus ohjauksen sisältöön

Vain reilu puolet alle viisi vuotta astmaa sairastaneista koki saaneensa sopivasti ohjausta astmasta sairautena, kun taas viisi vuotta tai kauemmin sairastaneista 83–88 % koki saamansa tiedon määrän sopivaksi. Astman oirepäiväkirjan käytöstä sopivasti ohjausta sai kolmannes niin alle viisi vuotta kuin yli 15 vuotta astmaa sairastaneista. Myös 5–15 vuotta astmaa sairastaneista vain puolet koki saaneensa sopivasti tietoa oirepäiväkirjan käytöstä. Astman pahenemisen merkeistä ja oireista 5–15 vuotta astmaa sairastaneet kokivat saaneensa useammin sopivasti ohjausta (55 %) kuin alle viisi vuotta (41 %) tai yli 15 vuotta (42 %) astmaa sairastaneet. Astman pahenemisen ennakkoinnista kaikista ryhmistä yli puolet (52–63 %) koki tarvitsevänsä lisää ohjausta. (Taulukko 7.)

Lääkehoitoon liittyvistä asioista eniten ohjausta kaivattiin lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista: alle viisi vuotta sairastaneista 55 %, 5–15 vuotta sairastaneista 43 % ja yli 15 vuotta sairastaneista 47 % oli saanut liian vähän tai ei lainkaan ohjausta. Sen sijaan lääkkeiden käytöstä ja avaavan ja hoitavan lääkkeiden eroista 67–85 % oli saanut sopivasti ohjausta. (Taulukko 7.)

Astmaa pahentavista tekijöistä ja allergeenien välttämisestä alle viisi vuotta astmaa sairastaneista alle puolet koki saaneensa sopivasti ohjausta. Sen sijaan viisi vuotta ja sitä kauemmin sairastaneista 71–78 % oli mielestään saanut sopivasti ohjausta. Sisäilmatekijöiden vaikutuksesta astman hoitotasapainoon liian vähän tai ei lainkaan ohjausta sai yli puolet alle viisi vuotta ja yli 15 vuotta sairastaneista ja 5–15 vuotta sairastaneista 41 %. Painonhallinnan merkityksestä astman hoitotasapainoon alle viisi vuotta sairastaneista vain neljäsosa oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Yli 15 vuotta sairastaneistakin alle puolet vastaajista koki ohjausta olleen sopivasti. Reilu kolmasosa 5–15 vuotta sairastaneista koki saaneensa ohjausta liian vähän tai ei lainkaan. Tupakoinnin vaikutuksesta astmaan kaikki ryhmät olivat saaneet pääosin (81–90 %) sopivasti ohjausta. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Tyytyväisyys ohjauksen sisältöön suhteessa astman sairastamisvuosiin prosentteina pois lukien vastausvaihtoehdot 'Liikaa' ja 'En osaa sanoa'

	Alle 5 vuotta			5–15 vuotta			Yli 15 vuotta		
	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan
Astmasta sairautena	55	41	4	83	17	0	88	11	0
PEF-mittarin käytöstä	81	8	11	95	4	1	78	15	3
PEF seurannasta	67	18	15	83	17	0	70	18	8
Astman oirepäiväkirjan käytöstä	33	26	30	50	24	25	33	24	33
Astman pahenemisen merkeistä ja oireista	41	37	18	55	35	9	42	39	14
Astman pahenemisen ennakkoinnista	30	37	26	47	39	13	37	39	17
Astman pahenemisen hoidosta	48	37	15	60	34	5	57	28	12
Lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista	41	41	14	57	39	4	53	40	7
Lääkkeiden käytöstä	67	22	7	79	20	0	75	24	1
Avaavan ja hoitavan lääkkeen eroista	74	19	7	85	14	1	68	26	6
Inhalaatiolaitteiden käytöstä ja ottotekniikasta	67	11	15	84	15	1	88	12	0
Astmaani pahentavista tekijöistä	46	42	12	73	25	1	78	18	4
Allergeenien välttämisestä	48	37	7	71	23	4	72	20	4
Sisäilmatekijöistä	33	41	19	57	35	6	46	46	7
Ruokavaliosta	22	44	26	49	37	13	29	42	24
Liikunnasta	55	30	11	79	20	1	65	26	7
Painonhallinnasta	26	48	22	64	30	5	44	32	17
Tupakoinnista	81	8	11	87	1	4	90	4	1

6.5 Ohjaustilanne

Vastaajista neljä viidesosaa koki, että ohjaustilanne tapahtui molemminpuolisena keskusteluna, kuitenkin 64 % oli sitä mieltä, että ohjaustilanteessa hoitohenkilökunta antoi ohjeita ja vastaaja kuunteli. Neljäsosa vastaajista koki, ettei hoitohenkilökunta rohkaissut heitä keskustelemaan sairaudesta, ja 88 % oli sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus kysyä

epäselvistä asioista. Lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta koki ohjaustilanteen turvallisena ja luottamuksellisena sekä ohjauspaikan rauhallisena. Vastaajista 93 % oli sitä mieltä, että ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää. Kolmasosa vastaajista kaipasi henkilökunnalta enemmän aikaa keskusteluun. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vuorovaikutuksellisuuden toteutuminen ohjaustilanteessa

	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	f	%	f	%	f
Ohjaustilanne molemminpuolisena	80	149	16	30	4	7
Hoitohenkilökunta antoi ohjeita ja minä kuuntelin	64	115	33	60	3	6
Ohjaustilanne turvallinen ja luottamuksellinen	88	164	8	15	4	7
Ohjauksen kieli ymmärrettävää	93	173	4	7	3	6
Mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista	88	163	8	15	4	7
Henkilökunta rohkaisi keskustelemaan	66	123	24	45	10	18
Henkilökunnalla oli riittävästä aikaa keskusteluun	62	116	34	63	4	7
Ohjauspaikka oli rauhallinen	87	161	9	17	4	8

Kolme neljäsosaa vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunta antoi tietoa niistä asioista, joista vastaajat itse halusivat. Vastaajista 86 % pystyi hyödyntämään ohjauksessa saamaansa tietoa käytännössä, mutta neljännes koki kuitenkin, ettei saanut tarpeeksi tietoa muuttaakseen lääkitystään oireiden mukaan. Reilu kolmannes ei saanut ohjaustilanteessa kirjallisia astman hoito-ohjeita. Ohjeet saaneista 58 % piti niitä selkeinä. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Astmaa sairastavien tarpeiden huomioiminen ja omahoitoon tukeminen ohjaustilanteessa

	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	f	%	f	%	f
Henkilökunta antoi tietoa asioista, joista halusin	74	137	20	36	6	11
Olen pystynyt hyödyntämään saamaani tietoa	86	159	9	16	5	9
Sain kirjallisen hoito-ohjeet	59	110	36	66	5	10
Kirjalliset ohjeet olivat selkeät	58	107	27	49	15	27
Sain tarpeeksi tietoa muuttaakseni lääkitystä oireiden mukaan	69	127	25	47	6	11

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Kuopion Seudun Hengitysyhdistyksen jäsenrekisterin 18–64-vuotiaat olivat tutkimuksen mukaan saaneet astmaohjausta hyvin: 97 % vastanneista oli mielestään saanut jonkinlaista ohjausta. Näistä vain reilu kaksi kolmasosaa ilmoitti saaneensa ohjausta sairaanhoitajalta, vaikka sairaanhoitajan tulisi antaa pääasiallinen ohjaus lääkärin diagnosoinnin jälkeen (Astman diagnostiikka ja hoito 2000, 2576). Apteekkien antama vähäinen astmapotilaiden ohjauksen määrä on huomiota herättävä, sillä heidän tulisi osallistua astmaa sairastavien hoitoon antamalla ohjausta erityisesti lääkehoidosta (ks. Peura ym. 2004, 149–150; Vidgren 2000, 65–67). Tutkimukseen vastanneet kertoivat lisäksi saaneensa ohjausta erilaisilta kursseilta, kuntoutuksista, järjestöiltä ja tuttavilta sekä muilta ammattihenkilöiltä, ja osa ilmoitti myös etsineensä itse tietoa tai ammattinsa puolesta tietävänsä astmasta ja sen hoidosta. Voidaan kuitenkin olettaa, että muualta tai omatoimisesti tietoa hankkineiden määrä olisi voinut olla suurempi erilaisella kysymyksen asettelulla, kuten kysymällä asiaa erillisellä kysymyksellä.

Saamaansa astmaohjaukseen vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä. Kuitenkin alle viisi vuotta sairastaneiden tyytyväisyys oli kauemmin sairastaneita huomattavasti alhaisempaa ja heidän mielestä ohjauksen sisällössä oli enemmän puutteita. Tämä voi johtua siitä, että astma sairautena on heille melko uusi asia ja heiltä puuttuu kokemuksen tuoma tieto ja taito hoitaa omaa astmaansa. Suuria johtopäätöksiä tästä ei kuitenkaan voi tehdä, sillä alle viisi vuotta sairastaneiden määrä otoksessa oli vain 15 %. Kansallinen astmaohjelma 1994–2004 ei tutkimuksemme mukaan ollut juurikaan vaikuttanut vastaajien tyytyväisyyteen potilasohjauksen sisältöön ja laatuun, sillä sen aikana astmaan sairastuneiden vastaajien tyytyväisyys potilasohjaukseen ei

ollut suurempi kuin ennen ohjelmaa astmaan sairastuneiden. Tätä voi selittää se, että ennen astmaohjelmaa astmaan sairastuneet ovat voineet saada hyvää ohjausta seurantakäynneillä astmaohjelman aikana, ja näin ollen heidän tietonsa astmasta ja sen hoidosta ovat melkein samalla tasolla kuin ohjelman aikana sairastuneilla.

Vuosittaiset astmaseurantakäynnit toteutuivat vastaajilla melko heikosti, sillä yli kolmannes vastaajista ei ollut käynyt astmaseurannassa suositusten mukaisesti. Seurantakäyntien tarkoituksena on kontrolloida astmaa sairastavien vointia, tarkistaa lääkehoidon ja omahoidon ohjeita (Pietinalho & Kontula 2004, 22), joten huono aktiivisuus seurantakäynteihin voi selittää vastaajien tyytymättömyyttä esimerkiksi lääkehoidosta saadun tiedon määrään. Seurantakäyntien tärkeyttä tulisikin painottaa, jotta ajantasaisin tieto astmasta ja sen hoidosta välittyisi astmaa sairastaville.

7.1.1 Potilasohjauksen sisältö

Kyselyyn vastanneet kaipasivat tulosten perusteella enemmän ohjausta lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista, mihin osaltaan voi vaikuttaa apteekista saadun ohjauksen vähäinen määrä. Lisää ohjausta kaivattiin myös astman pahenemisen hoitoon liittyvistä asioista ja astman oirepäiväkirjan käytöstä. Vain alle puolet vastanneista koki saaneensa sopivasti tietoa astman pahenemisen ennakoinnista, merkeistä ja oireista sekä oirepäiväkirjan käytöstä. Pahenemisen hoidosta saatuun ohjaukseen oltiin hieman tyytyväisempiä, vaikka siitäkin 41 % ilmoitti saaneensa liian vähän tai ei lainkaan ohjausta. Tämän vuoksi neljännes vastaajista ei kokenut saaneensa tarpeeksi tietoa muuttaakseen lääkitystä oireiden mukaan. Lääkehoidon ohjauksen puutteet tulivat ilmi myös avoimen kysymyksen vastauksien perusteella, sillä eniten lisäohjausta kaivattiin juuri lääkehoitoon liittyvistä asioista, kuten pahenemisvaiheiden hoidosta ja lääkityksen muuttamisesta. Saamamme tulokset ovat samansuuntaisia Stenmanin (1999) tutkimustulosten kanssa, joskin tutkimuksessamme vastaajat olivat vähemmän tyytyväisiä näistä asioista saatuun ohjaukseen. Myös Hakolan

(2002) mukaan astmaa sairastavat kaipasivat lisää tietoa erityisesti lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Tulosten mukaan melkein puolet vastanneista kaipasi lisäohjausta sisäilmatekijöiden sekä painonhallinnan vaikutuksesta astmaan. Sisäilmatekijöiden, kuten pölyjen ja homebakterioiden, on todettu pahentavan astmaa sairastavan oireita (Astma 5/2006, 4–5), joten ohjausta niin kodin kuin työpaikan sisäilman laadun huomioimiseen tarvitaan lisää. Painonhallinnan ohjaus ja sen avulla painon pudottaminen ylipainoisilla astmaa sairastavilla auttaa saavuttamaan hyvän hoitotasapainon astman hoidossa ja vähentämään lääkkeiden tarvetta (Astma 5/2006, 11). Painonhallinnan onnistumisen kannalta on tärkeä ohjata oikeanlaiseen ruokavalioon ja säännölliseen liikunnan harrastamiseen. Liikunnasta saatuun ohjaukseen valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä. Huomioitavaa on, että alle viisi vuotta astmaa sairastaneet kuitenkin kaipasivat kauemmin sairastaneita enemmän ohjausta liikunnasta. Ruokavaliosta saamaansa ohjaukseen oli tyytyväisiä vain reilu kolmannes, mutta koska nykytietämyksen mukaan erityisruokavaliosta ei ole todettu olevan hyötyä astman hoidossa (ks. Astma 5/2006, 11; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 24.), on ruokavaliiohjauksen määrää voitu vähentää astmaohjauksessa. Kuitenkin yksilöllisesti astmaoireita aiheuttaviin ruoka-aineallergioihin ja painonhallintaan tulee antaa sopivasti ohjausta.

Tupakoinnista ja sen vaikutuksesta astmaan oli ohjattu erittäin hyvin. Vastaajista 4 % ilmoitti saaneensa siitä jopa liikaa ohjausta. Astmabarometrin 2004 tulosten mukaan astmaa sairastavien tupakointi on kuitenkin yleistynyt (Klaukka ym. 2004, 4003), joten tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen ja motivoiminen on jatkossakin tärkeä osa-alue astman ohjauksessa, sillä tupakoinnilla on huomattavia negatiivisia vaikutuksia astmaoireiluun ja allergiseen herkistymiseen (ks. Haahtela 2007c, 229–230; Haahtela & Stenius-Aarniala 2002, 23; Laitinen ym. 2000, 268).

Vastaajat kertoivat haluavansa lisätietoa astmaa sairastaville tarkoitetuista erilaisista kursseista ja kuntoutusmahdollisuuksista, mikä kävi ilmi myös Stenmanin (1999) tutkimuksesta. Lisäksi vastaajat ilmoittivat kaipaavansa lisätietoa muistakin sosiaalisista eduista sekä ammatinvaihtoon liittyvistä asioista. Myös Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2005) mukaan ohjaus oli usein puutteellista sosiaalisten tukien osalta.

7.1.2 Ohjaustilanne

Astmaohjaustilanne oli vastaajien mielestä pääosin onnistunut. Vastaajat kokivat ohjaustilanteen turvallisena ja luottamuksellisena, joten he uskalsivat kysyä epäselvistä asioista. Ohjauksessa oli käytetty myös ymmärrettävää kieltä ja ohjaus tapahtui molemminpuolisena keskusteluna. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia myös Stenmanin (1999) sekä Kettusen, Liimataisen, Villbergin ja Perkon (2006) tutkimuksissa. Tutkimuksessamme kuitenkin kaksi kolmasosaa koki tilanteen olevan yksipuolista ohjeiden ja tiedon antamista. Vastaajien mielestä henkilökunnalla olisi voinut olla enemmän aikaa keskusteluun ja ohjauksen antajan toivottiin useammin rohkaisevan astmaa sairastavaa osallistumaan keskusteluun. Mahdollisesti nämä ovat vaikuttaneet siihen, että vastaajien mielestä astmaohjauksen sisällössä on ollut puutteita riittävän tiedon saannissa erityisesti lääkehoidossa. Lisäksi yhdellä ohjauskerralla annettavaan ohjauksen määrään tulisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä vastaajista neljännes ilmoitti saaneensa liikaa tietoa yhdellä kertaa. Tällöin ohjauksessa annetun tiedon omaksuminen on vaikeampaa ja oleellisen tiedon hyödyntäminen omahoidossa ei välttämättä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla.

Vastaajista vain reilu puolet ilmoitti saaneensa selkeät kirjalliset astman hoito-ohjeet. Myös Hedman, Tamminen ja Puhakka (2008) toivat tutkimuksessaan ilmi, että vain 58 %:lla astmaa sairastavista oli kirjalliset astman hoito-ohjeet. Hyvät ja selkeät kirjalliset astman hoito-ohjeet mahdollistavat astman omahoidon onnistumisen, sillä niiden avulla astmaa sairastava osaa hoitaa

esimerkiksi astman pahenemisvaihetta (ks. Astma 2006; Astma 6/2007, 7–9; Haahtela 2007h, 226–228; Kyngäs ym. 2007, 124–127). Siitä huolimatta, etteivät kaikki olleet saaneet kirjallisia hoito-ohjeita, valtaosa koki pystyneensä hyödyntämään ohjauksessa saatua tietoa käytännössä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään luotettavuuteen ja pätevyyteen. Mittarin laatimisessa otetaan huomioon validiteetti eli mittarin tulee mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. (Heikkilä 2008, 29; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207; Vilkkä 2007, 150.) Validiteettiin liittyy tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon eli operationalisointi. Tärkeintä on, että kysymykset mittaavat sitä sisältöaluetta, mitä niiden on tarkoituskin mitata. Tämä edellyttää käsitteiden selkeää määrittelyä ennen mittarin laatimista. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.) Ennen mittarin laatimista tutustuimme aiheeseen tutkimusten ja muun kirjallisuuden kautta. Tutkimme kriittisesti keräämäämme lähdekirjallisuutta ja tarkastelimme sekä vertasimme niistä saamaamme tietoa. Teorian pohjalta rajasimme tutkimuksen viitekehyksen, määrittelimme tutkimusongelmat ja keskeiset käsitteet: astman, potilasohjauksen ja astmaohjauksen. Mittaria laadittaessa käsitteet operationalisoitiin, jotta mittarin kysymysten avulla tutkittava asia saadaan selvitettyä. Mittari laadittiin siten, että kysymysten asettelu ja vastausvaihtoehdot sekä vastaamisohjeet olivat yksiselitteiset ja helposti ymmärrettävät, jottei kysymyksiä ymmärrettäisi väärin. Lisäksi pyrimme minimoimaan vastaamisesta aiheutuvat virheet välttämällä ammattisanastoa. Käytimme kuitenkin kysymyksissä astmaan ja sen hoitoon oleellisesti liittyviä käsitteitä, joiden voidaan olettaa astmaa sairastavien tuntevan. Esitestaamalla mittarin saimme tietää, että kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat loogisia, ymmärrettäviä, toimivia ja helposti käytettäviä (ks. Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207). Samalla varmistui lomakkeen täyttämisen helppous ja vastaamiseen kuluva aika.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten tarkkuutta ja toistettavuutta eli toinen tutkija voi myös päästä samoihin tuloksiin samoilla menetelmillä eivätkä tulokset ole sattumanvaraisia (Heikkilä 2008, 30; Vilkkä 2007, 149). Pyrimme virheiden minimointiin niin tietoja kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä kuin tuloksia tulkittaessa tarkistamalla tehtyä työtä ja tietojen oikeellisuutta säännöllisesti. Tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että otoskoko oli melko suuri ja tulokset ovat samankaltaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. (ks. Heikkilä 2008, 30, 75.) Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Pysyvyyttä arvioidaan mittaamalla samalla mittarilla samantyyppistä aineistoa kuin tutkimusaineisto on ollut, ja saamalla samankaltaisia tuloksia. Vastaavuutta eli ekvivalenssia voidaan arvioida tarkastelemalla vastaajien yksimielisyyttä. Sisäinen johdonmukaisuus kuvaa mittarin osioiden kykyä mitata samaa asiaa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–214.)

Vilkan (2007) mukaan kyselylomakkeen mukana tuleva saatekirje on ensimmäinen asia, jonka vastaaja kohtaa tutkimuksesta, ja sen vuoksi saatekirjeen sisältö ja ulkoasu tulee suunnitella ja toteuttaa hyvin. Saatekirjeen tarkoituksena on kertoa vastaajille tutkimuksen tarkoitus ja mihin heidän antamiaan tietoja käytetään sekä motivoida vastaamaan kyselyyn (Heikkilä 2008, 61–62; Vilkkä 2007, 80–88). Korostimme saatekirjeessä (Liite 2) jokaisen vastauksen tärkeyttä, ja pyrimme motivoimaan vastaajia vastaamaan kysymyksiin rehellisesti ja oman tietämyksensä mukaan. Kerroimme myös vastaajille tutkimuksen tarkoituksen ja käyttötavan sekä miten vastaajat oli valittu tutkimukseen. Aikaa kyselyyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa, jotta kyselyyn osallistujat saivat rauhassa vastata kyselyyn, mutta aika ei kuitenkaan ollut liian pitkä. Koska osa kyselylomakkeessa (Liite 1) käyttämistämme kysymyksistä pohjautui Päivi Stenmanin pro graduun Astmaohjaus potilaiden arvioimana (1999), ilmoitimme siitäkin saatekirjeessä.

Validiteettiin liittyy mitattavien käsitteiden ja muuttujien määrittelyn lisäksi se, että vastausprosentti on korkea ja perusjoukko on rajattu hyvin, jolloin saadaan edustava otos (Heikkilä 2008, 29–30). Emme ottaneet tutkimukseemme

mukaan yli 65-vuotiaita emmekä alle 18-vuotiaita, jotta kysymykset olisi kohdennettu koko tutkimusotokselle. Tällä tutkimusotoksella oli myös todennäköisimmin parhaiten muistissa saamansa astmaohjaus, sillä esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla astmaohjauksen oli voinut saada lapsen vanhemmat. Hyväksytysti täytettyjen lomakkeiden vastausprosentti oli 49, mikä oli postikyselyksi kohtalainen tulos. Toteutuneeksi otokseksi tuli näin 186 kappaletta, mikä oli määrällisesti riittävä. Kato jäi kohtalaisen suureksi, vaikka vastaajia motivoitiin ja kannustettiin kyselyyn vastaamiseen saatekirjeen lisäksi Kuopion Seudun Hengityssäätiön ryhmätekstiviestijärjestelmällä kahteen otteeseen. Kato jää yleensäkin suureksi juuri postikyselyissä. Suuri kato voi aiheuttaa otoksen vinoutumisen, kun otoksen ulkopuolelle jättäytyneet voivat olla joiltakin ominaisuuksiltaan erilaisia kuin vastanneet. (Heikkilä 2008, 43–44.) Aineistossamme esimerkiksi alle 30-vuotiaiden sekä miesten osuus jäi pieneksi, mutta perusjoukon keski-ikä oli 55 vuotta ja miehien osuus 26 %, joten saamamme otos vastaa perusjoukkoa hyvin. Muutamat vastaajat ottivat puhelimitse yhteyttä tutkimuksen tiimoilta, ja annoimme heille lisätietoa ja ohjeistusta kyselyyn osallistumisesta.

7.3 Prosessin ja oman oppimisen arviointi

Aloitimme opinnäytetyöprosessin marraskuussa 2008, jolloin valitsimme opinnäytetyön aiheen ja ryhdyimme työstämään ideapaperia ja rajasimme tutkimuksen viitekehyksen. Ideapaperin valmistuttua aloimme tehdä opinnäytetyösuunnitelmaa, jonka esitimme suunnitteluseminaarissa toukokuussa 2009. Suunnitelman ohella työstimme kyselylomaketta, ja kyselytutkimus suoritettiin kesä–heinäkuussa 2009. Saatuaamme kyselyn vastaukset ryhdyimme analysoimaan tuloksia ja kirjoittamaan opinnäytetyöraporttia.

Opinnäytetyöprosessin aikana saimme tukea ja kannustusta ohjaavalta opettajalta ja Kuopion Seudun Hengityssäätiö ry:n yhdyshenkilöltä sekä työmme opponenteilta. Vaikka prosessi oli pääosin antoisa ja opettavainen

kokemus, niin se vaati paljon pitkäjänteisyyttä ja työtunteja. Erityisesti työlääksi prosessin teki se, että tutkimusta joutui tekemään paljon vapaa-ajalla, sillä koulupäiviä ei ollut varattu tarpeeksi opinnäytetyön työstämiseen. SPSS 16.0 for Windows 2007 ei ollut kovin tuttu tilastointiohjelma entuudestaan, joten sen käyttämiseen saimme apua tilastomenetelmien lehtorilta.

”Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä.” (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003.) Opinnäytetyötä tehtäessä opimme teorian tiedon keräämistä ja sen pätevyyden ja luotettavuuden arviointia sekä tutkimuksemme tulosten analysointia ja tulkintaa. Hyvää harjoitusta saimme myös yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen osalta työn toimeksiantajalta, ohjaavalta opettajalta ja opponenteilta. Suunnittelu- ja organisointitaidot kehittyivät, kun opinnäytetyöprosessin aikana sovitimme aikatauluja, suunnittelimme työn sisältöä ja huolehdimme prosessin etenemisestä tavoitteidemme mukaan. Näitä taitoja tulemme tarvitsemaan terveydenhoitajan työssä, sillä työ on pääosin itsenäistä, jolloin työn suunnittelu ja organisointi sekä päätöksentekokyky korostuvat, ja ihmisläheistä, jolloin yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja tarvitaan. Työssä vastaamme itse omasta ammatillisesta kehittymisestä ja ammattialan kehittämisestä, joten tiedon hankkiminen ja kirjallisuuden kriittisen arvioinnin hallitseminen kuuluvat olennaisena osana terveydenhoitajan työnkuvaan (ks. Opetussuunnitelma 2007, 64). Keskinäinen yhteistyömme sujui ilman suurempia ongelmia, vaikka kolmen henkilön aikataulujen yhteensovittaminen oli ajoittain haasteellista. Pääosin työ on kuitenkin tehty kaikkien läsnä ollessa ja yhteisellä panostuksella toinen toisiamme tukien.

Opinnäytetyön aiheemme antoi meille paljon tietoa astmasta ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Tästä on tulevaisuudessa etua, sillä astma on yleinen sairaus ja tulevana terveydenhoitajina tulemme todennäköisesti saamaan asiakkaittemme myös paljon astmaa sairastavia. Tutkimuksemme tulokset antoivat valmiuksia tarkastella astman hoitoa astmaa sairastavien

näkökulmasta, ja näin osaamme panostaa heidän ohjauksessa keskeisiin asioihin.

7.4 Suositukset ja jatkotutkimusehdotukset

Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 yhtenä tavoitteena on, että voimavaroja käytetään vaikeiden allergioiden hoitoon ja pahenemisen estämiseen. Erityisesti vaikean astman hoito ja astman pahenemisvaiheet ovat suuri ongelma. (Haahtela ym. 2008, 15.) Tutkimuksessamme tuli ilmi, että vastaajien mukaan pahenemisvaiheiden hoidon ohjauksessa on edelleen puutteita, mikä johtaa siihen, ettei astman omahoito ole täysin toimiva. Laadukas ohjaus lääke- ja pahenemisvaiheiden hoidosta sekä kirjalliset omahoito-ohjeet auttavat vähentämään astmasta johtuvia lääkärikäyntejä, työstä poissaoloja sekä lääkekuluja. Näin ollen astmasta johtuvat suorat yhteiskunnalliset kustannukset myös vähenisivät, mikä on yhtenä allergiaohjelman tavoitteena (Haahtela ym. 2008, 17–18).

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella astmaa sairastavien ohjauksen sisältöä tulisi muokata paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Erityisesti aikaa tulisi järjestää ohjaukseen enemmän, jotta astmaa sairastavat voisivat kysyä epäselvistä asioista entistä paremmin. Lääkäreiden, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja apteekkien välistä yhteistyötä sekä työnjakoa astman hoidossa tulisi parantaa, jotta lääkehoidosta annettava ohjaus onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjauksen tukemiseksi ja omahoidon onnistumiseksi selkeät kirjalliset astman hoito-ohjeet tulisi jakaa jokaiselle astmadiagnoosin saaneelle. Tätä varten jatkossa voitaisiin suunnitella ja laatia astmaa sairastaville kattavat kirjalliset perusohjeet astman hoidosta. Olisi myös tarpeellista selvittää astmaa sairastavien todelliset tiedot sairaudestaan ja sen hoidosta esimerkiksi haastattelujen avulla, sillä vaikka vastaajat ilmoittivat olevansa joiltakin osin tyytymättömiä ohjauksessa saadun tiedon määrään, emme voi tietää, kuinka hyvät tiedot heillä itse asiassa on sairaudestaan.

Tutkimustulosten perusteella olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka apteekeissa osallistutaan astmaa sairastavien ohjaukseen lääkehoidon osalta, sillä apteekkien tulisi olla yksi ohjausta antavista tahoista, mutta vain noin kolmannes vastaajista koki saaneensa sieltä ohjausta. Apteekkien henkilökunnan täydennyskoulutukset potilasohjauksesta Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 aikana saattaisi parantaa lääkehoidosta annetun tiedon laajuutta astman lisäksi muidenkin sairauksien hoidossa.

Toimeksiantajamme Kuopion Seudun Hengityssäätiö ry voi hyödyntää tutkimuksessamme saatuja tuloksia järjestämissään koulutuksissa ja yleisötilaisuuksissa sekä kansalaistiedotteiden laatimisessa osana Kansallista allergiaohjelmaa. Erityisesti lääkehoidon ohjauksen puutteiden huomioiminen ja painonhallinnan merkityksen esille tuominen erilaisissa tiedotteissa ja tilaisuuksissa voi osaltaan edistää ohjauksen kehittymistä.

LÄHTEET

- Ahonen, E.** 2000. Astmapotilas terveystieteissä. Teoksessa: Laitinen, L. A., Juntunen-Backman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. Hengitysliitto Heli ry. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 61–64.
- Ahosalmi, T. & Heimonen, J.** 2003. Astman lääkehoito 1993-2002. Dosis 19 (2), 88–95.
- Astma.** 2002. Duodecim ja Suomen apteekkariliitto. Toimittanut Maarit Huovinen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Astma.** 2006. Käypä hoito. Päivitetty 2008. Viitattu 10.2.2009. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi
- Astma.** 5/2006. 11. painos. Allergia- ja astmaliitto ry:n opas.
- Astma.** 6/2007. Hengitysliitto Heli ry:n opas.
- Astman diagnostiikka ja hoito.** 2000. Käypä hoito –suositus. Duodecim 116 (22), 2568–2584.
- Bourke, S. J.** 2007. Respiratory Medicine. Lecture Notes. 7. painos. USA: Blackwell Publishing Inc.
- Haahtela, T.** 2007a. Astman synty. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 220.
- Haahtela, T.** 2007b. Astma sairautena. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 219.
- Haahtela, T.** 2007c. Astman hoito – tupakoinnin lopettaminen. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 229–230.

- Haahtela, T.** 2007d. Astman hoito – fysioterapia, liikunta ja painonpudotus. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 232–233.
- Haahtela, T.** 2007e. Antikolinergit. Duodecim: Terveyskirjasto. Päivitetty 17.10.2007. Viitattu 21.8.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=alg00209
- Haahtela, T.** 2007f. Lääkkeiden inhaloiminen. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 268.
- Haahtela, T.** 2007g. Astmahoitajan rooli. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 229.
- Haahtela, T.** 2007h. Vaikeutuvan astman hoito. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 226–228.
- Haahtela, T. & Hannuksela, M.** 2007a. Allergian ja astman yleisyys. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 19–22.
- Haahtela, T. & Hannuksela, M.** 2007b. Mitä allergia on? Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 8–10.
- Haahtela, T. & Hannuksela, M.** 2007c. Atooppinen herkistyminen ja oireilu. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E.O. (toim.) Allergia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 17–18.
- Haahtela, T., von Herzen, L., Mäkelä, M. & Hannuksela, M.** 2008. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018. Suomen Lääkärilehti 63 (14), 9–21.
- Haahtela, T., Pietinalho, A., Tuomisto, L., Klaukka, T., Erhola, M., Kaila, M., Nieminen, M., Kontula, E. & Laitinen, L.** 2006. Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. Suomen Lääkärilehti 61 (42), 4369–4378.

- Haahtela, T. & Stenius-Aarniala, B.** 2002. Astmalääkkeet. Hoidon periaatteet. Lääkelaitos. Kapseli 31. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hakola, R.** 2002. Mitä on olla astmaa sairastava Suomessa. Hengityслиiton tutkimuksia 11/2002. Helsinki.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M.** 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa: Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 23–31.
- Harju, T., Keinänen, T. & Kinnula, V.** 2000. Astma – alueellinen tutkimus-, hoito- ja potilasohjaussuunnitelma. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala. Sisätautien tuloksikkö.
- Hedman, J., Tamminen, K. & Puhakka, A.** 2008. Onko luulo suomalaisten astman hyvästä hoitotasapainosta tiedon väärä? Suomen Lääkärilehti 63 (34), 2691–2691.
- Heikkilä, T.** 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H.** 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa: Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 10–17.
- Johnson, N.** 1999. Respiratory Disorders. Medico-legal practitioner series. UK: Cavendish Publishing Limited.
- Järvinen, M.** 2000. Astmaatikon apuvälineet. Teoksessa: Laitinen, L. A., Juntunen-Backman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Hengityслиitto Heli ry, 144–148.

- Kankaanranta, H. & Moilanen, E.** 2005. Astman hoidossa käytettävien lääkkeiden farmakologia. Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1045–1048.
- Karjalainen, A., Kurppa, K., Martikainen, R., Klaukka, T. & Karjalainen, J.** 2001. Work is related to a substantial portion of adult-onset asthma incidence in the Finnish population. Finnish Institute of Occupational Health, Department of Epidemiology and Biostatistics. Helsinki. Viitattu 20.9.2009. Tiivistelmä luettavissa http://www.find-health-articles.com/rec_pub_11520716-work-related-substantial-portion-adult-onset-asthma-incidence-finnish.htm
- Keistinen, T.** 2008. Astman pitkäaikaishoito. Duodecim 124, 1219–1221.
- Kettunen, T.** 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U.** 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Sairaanhoitaja 79 (1), 19–22.
- Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpään-Heikkilä, J.E.** 2005. Astmalääkityksen aloitus – hypätäänkö monoterapian yli? Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1042.
- Klaukka, T., Hirvonen, A., Karhula, K. & Peura, S.** 2004. Hyviä ja huonoja uutisia astmasta. Astmabarometrin 2004 keskeiset tulokset. Suomen Lääkärilehti 59 (42), 4002-4004.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M.** 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T.** 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M.** 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö 6 (4), 10–15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H.** 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 250–257.

- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H.** 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 79 (10), 6–9.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K.** 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 3 (1), 10–15.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H.** 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö 3 (3), 27–31.
- Laitinen, L. A., Stenius-Aarniala, B. & Haahtela, T.** 2000. Astma. Teoksessa: Kinnula, V., Laitinen L. A. & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 256–289.
- Liikunta.** 3/2007. Hengitysliitto Heli ry:n opas.
- Liikuntaa astmasta huolimatta.** 3/2004. Hengitysliitto Heli ry:n opas.
- Lumb, A. B.** 2000. Nunn's Applied Respiratory Physiology. 5. painos. UK: Reed Educational and Professional Publishing Ltd.
- Mäki, H.** 2004. Astman lääkehoito – ei suoraan yhdistelmävalmisteisiin. Sairaanhoitaja 77 (5), 37–39.
- Niiskututtaako? – Astma ja allerginen nuha.** 2007. Hengitysliitto Heli ry:n opas. 3. painos 9/07.
- Onnismaa, J.** 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Opetussuunnitelma.** 2007. Terveystenhoitaja (AMK). Savonia ammattikorkeakoulu. Kuopio.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.** 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206–214.
- Pestonjee, S. F.** 2000. Nurse's Handbook of Patient Education. USA: Springhouse Corporation.
- Peura, S., Hirvonen, A. & Klaukka, T.** 2004. Apteekkien astmaohjelman alkuvuodet. Dosis 20 (2), 147–151.

- Pientinalho, A. & Kontula, E.** 2004. Valtakunnallinen astmaohjelma; 10-vuotias – hoituuko potilas nyt? Terveystieteitä, 4-5/2004, 20–22.
- Pocket Guide For Asthma Management And Prevention.** 2008. Global Initiative for Asthma (GINA). Viitattu 14.11.2009. www.ginasthma.org
- Rakennusten homeongelmat.** 2/2007. Hengitysliitto Heli ry:n opas.
- Rees, J. & Kanabar, D.** 2006. ABC of Asthma. 5. painos. USA: Blackwell Publishing Inc.
- Stenius-Aarniala, B. & Klaukka, T.** 2002. Astman lääkehoito muutoksen alla. Suomen Lääkärilehti 57 (4), 414–415.
- Stenman, P.** 1999. Astmaohjaus potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.
- Stenman, P & Toljamo, M.** 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 14 (1), 19–25.
- Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot.** 2006. Käypä hoito. Päivitetty 28.4.2009. Viitattu 28.10.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Tähti, H.** 2005. Astman ohjattu omahoito. Allergia & Astma 3/2005, 7–9.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista.** 2003/ 15.5.2003/352.
- Vasankari, T. & Liippo, K.** 2005. Lievän astman lääkehoito. Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1043–1044.
- Vehviläinen-Julkunen, K.** 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Vidgrén, P.** 2000. Astmaatikko apteekin asiakkaana. Teoksessa: Laitinen, L. A., Juntunen-Backman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. (toim.) Astma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Hengitysliitto Heli ry, 65–67.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Liite 1. Kyselylomake

Vastatkaa kysymyksiin rengastamalla yksi vaihtoehto tai täyttämällä siihen varattu tyhjä tila.

1. Ikä _____

2. Sukupuoli

Mies 1

Nainen 2

3. Onko astmanne

Allerginen 1

Ei-allerginen 2

En osaa sanoa 3

4. Kuinka pitkään olette sairastanut astmaa?

5. Onko astmanne mielestänne tällä hetkellä

Hyvin lievä 1

Lievä 2

Kohtalainen 3

Vaikea 4

Hyvin vaikea 5

6. Omistatteko PEF-mittarin?

Kyllä 1

En 2

7. Mistä olette saanut astmaohjausta? (voitte rengastaa useamman vaihtoehdon)

Sairaanhoidtajalta 1

Lääkäriltä 2

Apteekista 3

En ole saanut ohjausta 4

Joltakin muulta, keneltä _____

Liite 1. Kyselylomake**8. Käyn astmaseurannassa**

Perusterveydenhuollossa	1
Erikoissairaanhoidossa	2
Yksityisellä sektorilla	3
Työterveyshuollossa	4
En käy astmaseurannassa	5
Muulla, missä _____	

9. Milloin viimeksi olette käynyt astmaseurannassa?

Rengastakaa seuraavista väittämistä yksi vaihtoehto, joka sopii parhaiten kohdallenne:

Vaihtoehdot ovat

1= Liikaa

2= Sopivasti

3= Liian vähän

4= En lainkaan

0= En osaa sanoa

Olen saanut mielestäni tietoa

	Liikaa	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan	En osaa sanoa
10. astmasta sairautena.....	1	2	3	4	0
11. astmaani pahentavista tekijöistä.....	1	2	3	4	0
12. lääkkeistäni ja niiden sivuvaikutuksista.....	1	2	3	4	0
13. lääkkeiden käytöstä.....	1	2	3	4	0
14. hoitavan ja avaavan lääkkeen eroista	1	2	3	4	0

Liite 1. Kyselylomake

	Liikaa	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan	En osaa sanoa
15. inhalaatiolaitteiden käytöstä ja ottotekniikasta.....	1	2	3	4	0
16. PEF-mittarin käytöstä.....	1	2	3	4	0
17. PEF seurannasta.....	1	2	3	4	0
18. astman oirepäiväkirjan käytöstä.....	1	2	3	4	0
19. astman pahenemisen merkeistä ja oireista.....	1	2	3	4	0
20. astman pahenemisen ennakoinnista.....	1	2	3	4	0
21. astman pahenemisen hoidosta.....	1	2	3	4	0
22. liikunnan merkityksestä astman hoitotasapainoon.....	1	2	3	4	0
23. ruokavalion merkityksestä astman hoitotasapainoon.....	1	2	3	4	0
24. painonhallinnan merkityksestä astman hoitotasapainoon.....	1	2	3	4	0
25. tupakoinnin vaikutuksesta astmaan.....	1	2	3	4	0
26. allergeenien välttämisestä (esim. eläin-, home- ja siitepölyt sekä pölypunkit).....	1	2	3	4	0

Liite 1. Kyselylomake

	Liikaa	Sopivasti	Liian vähän	En lainkaan	En osaa sanoa
27. sisäilmatekijöiden (esim. sisälämpötila, ilmanvaihto) vaikutuksesta astman hoitotasapainoon.....	1	2	3	4	0

28. Onko mielessänne asioita, joista olisitte halunnut saada lisää ohjausta?

Rengastakaa seuraavista väittämistä yksi vaihtoehto, joka sopii parhaiten kohdallenne:

- 1= täysin samaa mieltä
 2= jokseenkin samaa mieltä
 3= jokseenkin eri mieltä
 4= täysin eri mieltä
 0= en osaa sanoa

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
29. Ohjaustilanne tapahtui molemminpuolisena keskusteluna.....	1	2	3	4	0
30. Ohjaustilanne tapahtui enimmäkseen niin, että hoitohenkilökunta antoi ohjeita ja minä kuuntelin.....	1	2	3	4	0
31. Koin ohjaustilanteen turvallisena ja luottamuksellisena.....	1	2	3	4	0
32. Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä.....	1	2	3	4	0

Liite 1. Kyselylomake

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
33. Minulla oli mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista.....	1	2	3	4	0
34. Henkilökunta rohkaisi minua keskustelemaan sairaudesta.....	1	2	3	4	0
35. Henkilökunta antoi tietoa niistä sairauteen liittyvistä asioista, joista itse halusin.....	1	2	3	4	0
36. Olen pystynyt hyödyntämään ohjauksessa saamaani tietoa käytännössä.....	1	2	3	4	0
37. Sain kattavat kirjalliset astman hoito- ohjeet itselleni.....	1	2	3	4	0
38. Kirjalliset ohjeet olivat selkeät.....	1	2	3	4	0
39. Sain sopivasti tietoa yhdellä kertaa.....	1	2	3	4	0
40. Sain liian paljon tietoa yhdellä kertaa.....	1	2	3	4	0
41. Sain tarpeeksi tietoa pystyäkseni itse tekemään muutoksia lääkityksessä oireiden muuttuessa (esim. PEF-arvojen muutokset).....	1	2	3	4	0
42. Ohjauspaikka oli rauhallinen.....	1	2	3	4	0

Liite 1. Kyselylomake

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
43. Henkilökunnalla oli riittävästi aikaa keskustella kanssani.....	1	2	3	4	0
44. Olen tyytyväinen saamaani ohjaukseen.....	1	2	3	4	0

Kiitos vastauksestanne!

Liite 2. Saatekirje

Savonia ammattikorkeakoulu
Terveysala Kuopio

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Olemme Savonia ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita, ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka teemme tutkimuksena Kuopion Seudun Hengityssäätiölle. Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön yliopettaja Pirkko Jokinen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työikäisten astmaa sairastavien kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta ja sen sisällöstä. Saatuja tuloksia käytetään astmaa sairastavien potilasohjauksen kehittämisessä.

Tutkimukseen osallistuu noin 300 astmaa sairastavaa työikäistä, 18–64-vuotiaista, jotka ovat Kuopion Seudun Hengityssäätiön jäsenrekisterissä. Tutkijat eivät saa tietoonsa tutkimukseen osallistuvien henkilötietoja, sillä Kuopion Seudun Hengityssäätiön yhdyshenkilö lähettää kyselylomakkeet satunnaisesti valituille jäsenilleen. Vastaukset tulevat vain tutkijoiden tietoon, ja ne käsitellään luottamuksellisesti, jonka jälkeen vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Astman potilasohjaus on muuttumassa Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 myötä. Tämän vuoksi tutkimus on ajankohtainen ja tarpeellinen, sillä potilasohjausta voidaan kehittää juuri astmaa sairastavien tarpeiden ja toiveiden mukaan. Näin ollen jokaisen vastaus on tutkimuksen kannalta merkittävä.

Olemme käyttäneet kyselylomakkeemme pohjana Päivi Stenmanin Oulun yliopistolle tekemää pro gradu –tutkimusta Astmaohjaus potilaiden arvioimana (1999), sillä hänen tutkimuksensa on samankaltainen meidän opinnäytetyömme aiheen kanssa. Osa kysymyksistä on peräisin hänen laatimasta kyselylomakkeesta.

Tutkimukseen vastaaminen kestää 10–15 minuuttia. Pyydämme ystävällisesti palauttamaan vastauksenne postitse Kuopion Seudun Hengityssäätiölle 3.7.2009 mennessä mukana tulevassa palautuskirjekuoressa. Tarvittaessa voitte saada lisätietoja opinnäytetyön tekijöiltä.

Kunnioittaen

Päivi Kröger
Kuopio
puh.

Ida Malmberg
Kuopio
puh.

Fatima Moursad
Kuopio
puh.